

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**Relación entre el nivel de estrés y depresión en
adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la
Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras, San
Juan de Lurigancho, 2016**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud
Mental y Psiquiatría**

AUTOR

Nelly Rosmery Quiñones Mayorga

ASESOR

Gloria Haydee Gupio Mendoza

Lima - Perú

2017

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE
SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PARTICULAR NUEVO PITAGORAS,
SAN JUAN DE LURIGANCHO,
2016**

*A Dios por iluminar, guiar mi camino y
darme la fortaleza en los momentos
más difíciles.*

*A mis padres: A la memoria de mi padre
Jorge y a mi madre Isabel, por su ejemplo,
cariño, esfuerzo y apoyo Incondicional.*

*Un reconocimiento especial a la IEP Nuevo
Pitágoras, al Director Arturo Vila Galarza, a
los alumnos y todo el personal que colaboró
para la realización del presente estudio.*

A la Lic. Gloria Gupio Mendoza un reconocimiento especial por su motivación constante y la asesoría técnica especializada brindada para el logro del presente trabajo de investigación

A todos quienes me brindaron su apoyo, conocimiento, experiencia, asesoría y ayuda incondicional para la realización del presente trabajo, en especial a mi amiga Dorila Tapia.

A mi Amor Raúl por todo el apoyo demostrado en el logro de mi más ansiada meta.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
PRESENTACIÓN	1
 CAPÍTULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	4
1.2. Formulación del Problema	6
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	7
1.5. Propósito	8
 CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	9
2.2. Base Teórica	20
2.3. Formulación de la Hipótesis	53
2.4. Definición Operacional de Términos	53
 CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	55
3.2. Lugar de estudio	55
3.3. Población de estudio	55
3.4. Criterios de selección	55
3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	56
3.6. Procedimiento de análisis e interpretación de la Información	56
3.7. Consideraciones Éticas	58
 CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	59
4.2. Discusión	63
 CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	68
5.2. Recomendaciones	68
5.3. Limitaciones	69
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°	Pág.
1. Nivel de estrés en los alumnos de cuarto y quinto año de Educación Secundaria de la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras, 2016	60
2. Nivel de Depresión en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de la institución Educativa Nuevo Pitágoras, 2016	61
3. Relación entre el nivel de estrés y Depresión en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Nuevo Pitágoras, 2016	62

RESUMEN

AUTOR: NELLY ROSMERY QUIÑONES MAYORGA

ASESOR: GLORIA HAYDEE GUPIO MENDOZA

El **objetivo** del presente trabajo de investigación fue establecer la relación entre el nivel de estrés y depresión en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria. **Material y Método:** El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 50 adolescentes. La técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron; la Escala de Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés de Laura B. Oros de Sapia, Neifert, Ivana y el Inventario de Depresión de Beck, aplicados previo consentimiento informado. **Resultados:** del 100%(50), 32%(16) tienen estrés severo, 20%(10) moderado y 48%(24) leve; 14%(7) tienen depresión grave, 40%(20) moderada, 28%(14) leve y 18%(9) no sufren depresión. **Conclusiones:** La mayoría de adolescentes tienen estrés leve a moderado y el mayor porcentaje sufren depresión de leve a moderada. Para comprobar la hipótesis se aplicó la prueba de Ji cuadrado, rechazando la hipótesis nula y aceptándose la del estudio, es decir que existe relación entre el nivel de estrés y depresión.

PALABRAS CLAVES: Estrés, Depresión, adolescente, Enfermería en Salud mental

SUMMARY

AUTHOR: NELLY ROSMERY QUIÑONES MAYORGA

ADVISER: GLORIA HAYDEE GUPIO MENDOZA

The objective of this research was to establish the relationship between the level of stress and depression in adolescents in the fourth and fifth year of secondary school. Material and Method: The study is of quantitative type, descriptive correlational cross-sectional method, the sample consisted of 50 adolescents. The technique was the survey and the instruments were; The Physical and Psychosocial Stress Indicators Scale of Laura B. Oros de Sapia, Neifert, Ivana and the Beck Depression Inventory, applied prior informed consent. Results: 100% (50), 32% (16) have severe stress, 20% (10) moderate and 48% (24) mild; 14% (7) have severe depression, 40% (20) moderate, 28% (14) mild and 18% (9) do not suffer from depression. Conclusions: Most adolescents have mild to moderate stress and the highest percentage suffer from mild to moderate depression. To test the hypothesis, the Chi-square test was applied, rejecting the null hypothesis and accepting that of the study, ie there is a relationship between the level of stress and depression.

KEY WORDS: Stress, Depression, Adolescent, Mental Health Nursing

PRESENTACIÓN

En la actualidad las exigencias de la vida diaria, produce en la persona la necesidad de utilizar sus mecanismos de afronte para adaptarse a los cambios que se suscitan en su entorno, provocando serias repercusiones en el ámbito físico, biológico, psicológico y social.(1) A esta respuesta del organismo se le llama estrés y si no es manejado adecuadamente la persona puede verse incapacitado para afrontar las diferentes situaciones y desarrollar enfermedades graves, siendo una de ellas, la depresión. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la depresión es un trastorno que afecta a 350 millones de personas en el mundo, y es la primera causa de discapacidad o de pérdida de años saludables en las personas (3). En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – 2012 realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”), el 26, 1% de los limeños ha sufrido algún trastorno mental, siendo los más frecuentes: el episodio depresivo (17,2%), los problemas relacionados con el uso de alcohol (7,5%) y el desorden de estrés postraumático (5,1%) (4). La Defensoría del Pueblo (2016) publicó que el suicidio es la cuarta causa de muerte violenta en la capital, siendo la principal causa la depresión y el 18 % de los suicidios se dio en niños y adolescentes. (5)

La adolescencia es la época de mayor susceptibilidad para tener problemas de adaptación y trastornos emocionales. Debido a que es una etapa del desarrollo que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales que le demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento; dada la magnitud de tales

cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes, muchos de estos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. (6) Los trastornos afectivos son comunes en esta etapa, siendo el principal la depresión. (7)

La depresión se manifiesta con un conjunto de síntomas que interfieren negativamente en el rendimiento escolar y en las relaciones familiares y sociales, además tiende a la recurrencia y a la cronicidad. La adolescencia es un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendría importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud que pueden afectar al individuo a través del resto de la vida (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002). (8)

El presente estudio titulado “Relación entre el Nivel de Estrés y Depresión en Adolescentes de Cuarto y Quinto Año de Secundaria de la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras, San Juan de Lurigancho, 2016”, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de estrés y depresión en adolescentes que cursan el cuarto y quinto año de secundaria. Con el propósito de proporcionar datos actualizados acerca del nivel de estrés y depresión en adolescentes, y de esta manera las autoridades puedan adoptar medidas estratégicas que permitan afrontar adecuadamente el estrés, prevenir y tratar precozmente la depresión.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, en la cual se expone la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico que contiene los antecedentes del estudio, base teórica, y definición

operacional de términos. Capítulo. III. Metodología que incluye el tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF-2016): Hay algo más de 3, 600,000 peruanos entre los 12 y 18 años de edad, lo que representa casi el 13% de la población peruana.(9) La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social que comienza con la pubertad. Estos cambios obligan a realizar un esfuerzo de adaptación, que son catalogados como fuente de estrés. La acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no sólo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales, sino que también puede afectar la salud física del adolescente. (10)

En el Perú, según los Estudios Epidemiológicos del INSM “HD-HN” en Salud Mental 2002-2007, el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes (8,6%-Lima; 5,7%-Sierra; 4,7%-Selva; 4,2%-Fronteras y 4,4%-Costa). (11). En el estudio realizado por Salazar en adolescentes de la ciudad de Huancayo (2002), encontró una prevalencia de 12,08%.(12) En otra investigación realizada por Freyre, en cuatro colegios del distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, Departamento de Junín (2004), donde se reportaron síntomas depresivos en escolares adolescentes hasta en el 36,4%.(13). Asimismo en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – 2012 del INSM “HD-HN”, presenta que los desórdenes mentales más frecuentes en adolescentes fueron: episodio depresivo 7%, trastorno de ansiedad generalizada 3,0% y fobia social 2,9%.(14)

Los trastornos depresivos representan un grave problema de salud pública y mental ya que se asocian aun mayor riesgo de suicidio, abuso de sustancias, violencia, enfermedades médicas y otros trastornos psiquiátricos (15). Como lo evidencia los Estudios Epidemiológicos del INSM “HD-HN” en Salud Mental 2002-2007 donde la prevalencia de vida de los deseos suicidas en población adolescente fue alta con: 29.1% en Lima, 29.6% en 3 ciudades de la Sierra, 25.4% en 3 ciudades de la Selva, 25.6% en 5 ciudades de Fronteras, 29,0% en 5 ciudades de la Costa y 29,0% en Lima Rural (16). Asimismo en otro estudio realizado por Cabrejos, Krüger y Samalvides en pacientes menores de 18 años, que fueron admitidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (2002) por intento de suicidio, se diagnosticó trastorno depresivo mayor en el 91,7% y trastorno distímico en el 79,2%.(17)

La depresión se presenta de muchas formas, grados y duración variados. Cuando los síntomas depresivos persisten en el tiempo e interfieren con las capacidades productivas y relacionales. Su etiología es multicausal y hasta la actualidad no está totalmente clara; puede ser desencadenada por eventos estresantes como maltrato, problemas en la escuela, pérdida de seres queridos, divorcio de los padres, problemas de aprendizaje, alteraciones físicas o problemas médicos; sin embargo, también puede producirse sin una causa específica. Si en la familia hay antecedentes de depresión, el adolescente tendrá mayor riesgo de presentarla. (18)

Según la OMS (2014), la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad en los adolescentes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años., una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad, muchos de los afectados no reciben

tratamiento, entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos, de personal sanitario capacitado, la estigmatización de los trastornos mentales y la no detección de esta enfermedad,(19) Esta situación se mostró en evidencia en el estudio realizado por el INSM “HD-HN” donde el 65% de los limeños que sufren cuadros depresivos no buscan ayuda.(20)

Según El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del 2015, la población en el Perú era de 31 millones 151 mil 643 personas, siendo Lima la región con mayor concentración poblacional con 9 millones 835 mil habitantes y San Juan de Lurigancho, el distrito más poblado superando el millón de habitantes, con una población joven de 10 a 19 años que representa el 19,48 % del total de habitantes.(21) Este distrito es uno de los más violentos, siendo esta situación una fuente de estrés y un grupo vulnerable los adolescentes. En virtud de la magnitud y la tendencia crecientes de los problemas de adaptación y depresión en la población adolescente, es prioritario enfocar los esfuerzos en la prevención, detección oportuna y tratamiento precoz de estos padecimientos.

En la práctica profesional realizado en centros educativos, los adolescentes expresaron sentirse triste, cansados, desanimados, con molestias físicas como: dolor de cabeza, cuello, espalda, entre otras quejas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo que se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la relación entre el nivel de estrés y depresión en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras, San Juan de Lurigancho, 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Entre los últimos años el incremento de la consulta médica de los adolescentes con síntomas de estrés y depresión. Según los resultados derivado de estudios realizados por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi; es importante que las autoridades de salud tomen conciencia de la problemática existente en relación al estrés y depresión, lo cual permitirá a que el profesional de enfermería con estudios de especialidad en salud mental y psiquiatría, que labora en el primer nivel de atención desarrolle actividades preventivo promocionales orientado a detectar precozmente las diferentes manifestaciones que puede presentar el adolescente, a fin de que a partir de los hallazgos permita elaborar programas de intervención en salud mental, que permitan al adolescente, recibir una atención integral, fortaleciendo los mecanismos de afronte y manejo de stress, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y disminuyendo el riesgo de enfermar.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo general

- Establecer la relación entre el nivel estrés y depresión en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras 2016

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de estrés en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras.

- Identificar el nivel depresión en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras.

1.5. PROPOSITO

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada a las autoridades de la IEP y del Centro de Salud más próximo que permita diseñar Programas Preventivo Promocionales con estrategias destinadas a identificar precozmente manifestaciones de estrés y depresión, así como fortalecer el manejo del estrés y el uso de mecanismos de afronte; ya que según la Ley General de Salud (26842) es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población, y la Ley N° 29889 que modifica el artículo 11 de dicha Ley, cuyo reglamento tiene como objetivo garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud; este dispositivo legal incorpora servicios y una red asistencial en todo el país.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional

González Forteza, Catalina; Villatoro, Jorge; Pick, Susan; Collado, Ma. Elena, en 1995, en México, realizaron un estudio titulado “El Estrés Psicosocial y su Relación con las Respuestas de Enfrentamiento y el Malestar Emocional”, cuyo objetivo fue presentar la configuración resultante del interjuego del estrés psicosocial-respuestas de enfrentamiento-malestar emocional, a fin de identificar las diferencias según el nivel socioeconómico: bajo y medio. Las áreas evaluadas potencialmente estresantes para la población abordada fueron: familiar, social (mejor amigo) y sexualidad. Utilizó un diseño de muestreo estratificado. El diseño del estudio fue ex-post-facto y transversal. En una muestra de 800 adolescentes de 13 a 18 años del sur de la ciudad de México. El malestar emocional evaluado se refirió a la sintomatología depresiva (CES-D, Radloff, 1977) y a la ideación suicida (Roberts, 1980). El análisis se hizo con el Programa EQS, versión 5.4 (Bentler, 1995). Concluyeron entre otros que:

“Los resultados obtenidos permitieron corroborar claramente la interrelación del estrés psicosocial evaluado-respuestas de enfrentamiento-malestar emocional, donde el mayor coeficiente de regresión se definió del estrés psicosocial hacia el malestar emocional evaluado; seguido de una significativa contribución del estrés a las respuestas de enfrentamiento: agresión manifiesta, agresión encubierta y evitación. Se identificó una direccionalidad significativa de las respuestas de enfrentamiento hacia el malestar emocional, pero ésta fue menor en comparación a la identificada por el estrés psicosocial. Dos elementos de los análisis resultaron diferentes según Nivel socioeconómico (NSE): 1) la mayor contribución del estrés psicosocial al malestar emocional en los adolescentes de NSE bajo; y 2) el peso factorial de la categoría de respuestas de

enfrentamiento evitativas, que también fue mayor en los adolescentes de NES bajo. Los modelos resultantes corroboran la adecuación del estudio del estrés psicosocial en los adolescentes mexicanos como un importante indicador de riesgo de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida". (22)

Cumsille Eltit, Patricio; Martínez Guzmán, María Loreto, publicado en 1997, en Chile, en su estudio sobre "Síntomas de Depresión en Estudiantes de Enseñanza Media de Santiago", tuvo como objetivo registrar síntomas de depresión en alumnos adolescentes. Fue un estudio de tipo descriptivo transversal en dos colegios del área sur de Santiago. La muestra estaba constituida por 376 adolescentes, alumnos. Utilizaron una batería de cuestionarios de autorreporte. Los síntomas depresivos fueron calificados con una versión modificada del inventario Beck de depresión. Concluyeron:

"Se registro alto promedio de puntaje para síntomas depresivos en el conjunto de la muestra [$15,61 \pm 9,79$] y diferencias significativas entre varones y niñas adolescentes [$13,96 \pm 9,41$ ante $16,89 \pm 9,90$; $X^2 = 8,67$; $p = 0,03$), Los adolescentes de esta muestra reportaron altos niveles de síntomas depresivos, hay también mayor número de síntomas depresivos en las mujeres. Entre los ítems con más altos porcentajes de respuesta figuran los que reflejan desesperanza sobre el futuro y falta de interés o aburrimiento". (23)

Martínez Arias, María del Rosario; Rodríguez Sutil, Carlos; Aláez Fernández, Máximo, en su estudio publicado en el 2000, en España, titulado "Prevalencia de Trastornos Psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género", tuvo como objetivo establecer las tasas de prevalencia diagnóstica en la población. El método fue descriptivo de corte transversal, a partir de los registros de las Historias Clínicas de los sujetos, la muestra fue de 404 sujetos (265 varones y 139 mujeres) con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años que consultaron en la unidad de Psicología del CIS de Hortaleza, centro público dependiente del Ayuntamiento de Madrid, entre los años 1990 y 1996. Las conclusiones fueron las siguientes:

“Los trastornos más prevalentes fueron: trastornos de conducta (23.0 %), depresivos (14.6 %), ansiedad (13.3 %), trastornos del desarrollo (12.7 %) y de eliminación (9.7 %). Encontraron una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los sujetos, mostrando así que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva. También encontraron una correlación significativa entre el tipo de trastorno y el género. Los trastornos más prevalentes en los varones son, por este orden, los de conducta (24.2 %), del desarrollo (14.4 %), eliminación (12.8 %), de ansiedad (11.4 %), y depresivos (10.6%). En las mujeres, la prevalencia mayor la poseen los trastornos depresivos (22.3 %), seguidos de los trastornos de conducta (21.0 %), ansiedad (16.5 %), y del desarrollo (9.4 %). También son prevalentes en ellas los trastornos del sueño (6.5%), y de reacción a estrés agudo (4.4 %).” (24)

Duraldal Montaña, Jhonny; Jiménez Velasco, Maritza; Rojas Salazar, Freddy Marcos; Gómez Quispe, Heidy Fabiola; Román Mejía, Oscar Gonzalo; Rodríguez Rodríguez, Pablo Luis, el 2002, en Bolivia, realizaron un estudio sobre “Depresión y estrés en estudiantes de tercero y cuarto secundaria de la ciudad de Cochabamba”, el cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia de estrés y depresión en estudiantes de tercero y cuarto de secundaria de la ciudad de Cochabamba. El Estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por estudiantes de tercero y cuarto de secundaria (721 estudiantes) de cuatro colegios. El método de recolección de la información fue la encuesta, los instrumentos empleados fueron dos test: "Escala de Valoración de Eventos Estresantes de HOLMES_RAHE" y "Escala Autoaplicable de depresión de Beck., concluyeron entre otros que:

“la prevalencia de depresión en adolescentes fue de 39 % y la prevalencia de deprimidos por edad fue de 25% (16 años); 36 % (17 años); 20 % (18 años). La prevalencia de depresión por sexo muestra que fue más frecuentes en el sexo femenino con un Sex Ratio de 1,1:1. La prevalencia de estrés fue de 29%, con una distribución por edad de 29% (16 años); 39 % (17 años), 15 % (18 años). La proporción de estrés por sexo se determinó que es más frecuente en el sexo femenino con un Sex Ratio de 1,3:1.” (25)

Czernik, Gabriela E.; Dabski, Gabriela E.; Canteros, Javier D.; Almirón, Lila M, el 2004, en Argentina. Realizaron un estudio titulado “Ansiedad, Depresión y Comorbilidad en Adolescentes de la Ciudad de Corrientes”, el cual tuvo como objetivos Determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y comorbilidad en alumnos del primer año del Polimodal, y Analizar variables demográficas como edad, sexo, trabajo y pareja. Fue un estudio retrospectivo descriptivo, transversal, en una población de 38 alumnos del primer año del polimodal de una Escuela Periférica de la ciudad de Corrientes. Aplicaron el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo y Inventario de Depresión de Beck. Las variables se analizaron con la prueba de Chi cuadrado. Llegaron a las siguientes conclusiones entre otros que:

“Las prevalencias de ansiedad y depresión obtenidas fueron del 11,11% y del 25% respectivamente y la comorbilidad para ambas patologías fue del 27,78%. Las diferencias entre sexo, no resultaron significativas. En el Inventario de Depresión de Beck la severidad de sintomatología depresiva fue: Ninguna, 47,22% (17); Leve, 47,22% (17); Moderada, (0); Grave, 5,55% (2). La media de la puntuación total del BDI fue de 10,90 + 8,67 (intervalo = 0-44)”. (26)

Quijada R, Escribá; Montoya C, Maestre; Laserna P, Amores; Toledo A, Pastor; Marco E, Miralles; Rabadán F, Escobar, el 2005, en España, realizaron un estudio sobre “Prevalencia de Depresión en adolescentes”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de manifestaciones depresivas en adolescentes, así como las variables sociodemográficas asociadas con las mismas. El método fue descriptivo observacional de corte transversal en tres centros de enseñanza urbanos. Participaron 389 alumnos de enseñanza secundaria obligatoria entre los 12 y 16 años; utilizaron: el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), autocumplimentable, validado en su adaptación española para su aplicación individual y colectiva. Cuestionario APGAR familiar. Variables relativas a circunstancias

sociodemográficas, rendimiento académico y presencia de enfermedades crónicas. Llegaron a las siguientes conclusiones entre otros que:

“La prevalencia de manifestaciones depresivas entre adolescentes fue elevada, siendo más frecuente en miembros de familias disfuncionantes, mientras que un mayor número de hermanos tendría un efecto protector. 39 presentaron puntuaciones del CDS en rango depresivo (decatipo ≥ 8): 10,29 % (IC 95 %: 7,2-13,3 %). En el análisis bivalente sólo encontraron diferencias para la presentación de manifestaciones depresivas en relación con la existencia de disfunción familiar: 24,4 frente a 6,1 % ($p < 0,0001$)”. (27)

Cova S, Félix; Melipillán A, Roberto; Valdivia P, Mario; Bravo G, Elizabeth; Valenzuela Z, Bárbara, el 2007, en Chile, en su estudio titulado “Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media”, tuvieron como objetivo estimar la prevalencia de síntomas y síndromes depresivos y ansiosos, realizó un muestreo estratificado, con una muestra de 700 adolescentes de la comuna de Concepción, utilizaron la versión actualizada del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Llegaron a las siguientes conclusiones entre otros:

“Un 32,6% de los adolescentes de la muestra presenta sintomatología depresiva, (moderada o severa), y un 42,3% sintomatología ansiosa moderada o severa. Según BDI-II para medir síntomas depresivos, las mayores puntuaciones se obtuvieron en aquellos ítems que aludían a: “Cambios en el patrón de sueño” (1,3), “Dificultad de Concentración” (1,2), “Autocríticas” (1,1) y “Cambios en el apetito” (1,1). Las menores puntuaciones se encontraron en los ítems que hacían referencia a: “Pérdida de interés por el sexo” (0,3), “Pensamientos o deseos de suicidio” (0,5) y “Sentimientos de fracaso” (0,6)”. (28)

Maruris Reducindo, Mireya; Cortés Genchi, Pedro; Gómez Bravo, Luz Guadalupe; Godínez Jaimes, Flaviano, publicado el 2011, en México, en su estudio titulado “Niveles de estrés en una población del sur de México”, tuvo como objetivo conocer el nivel de estrés y los

factores asociados al estrés elevado y peligroso en una población del sur de México. Participaron 309 personas de ambos sexos, con un rango de edad de 11 a 72 años, elegidas a través de un muestreo por conveniencia. La medición del nivel de estrés se hizo mediante la aplicación del cuestionario del Inventario de Estrés (Melgosa 2006) autoadministrado de 96 preguntas, las cuales evalúan el estilo de vida, ambiente, síntomas, empleo u ocupación, relaciones y personalidad. Entre sus conclusiones fueron:

“El grupo etario que exhibió mayor nivel de estrés elevado y peligroso fue el de 11 a 20 años. Las mujeres mostraron mayores niveles de estrés elevado en relación a los hombres. La prevalencia fue: estrés normal con 55,34%, estrés elevado con 24,27%, estrés peligroso con 10%, estrés bajo con 8.74% y estrés peligrosamente bajo con 1.62%”. (29)

Ospina-Ospina, Fanny del Carmen; Hinestrosa-Upegui, María F.; Paredes, María C.; Guzmán, Yahira y Granados, Carlos, el 2011, en Colombia, en su estudio titulado “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía,”, tuvo como objetivo estimar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes escolarizados entre los 10-17 años, de la comunidad de Chía Cundinamarca, Se identificaron las variables socios demográficos: edad, sexo, seguridad social y centro educativo de procedencia (público, privado, social o urbano); fue un estudio de corte transversal, en una población de 538 estudiantes. Utilizaron las escalas CDI y SCARED, durante los años 2008 a 2010. Sus conclusiones fueron entre otros que:

“los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en la población de adolescentes. Detectaron síntomas ansiosos y/o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada; de los cuales el 28,3 % presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, 3,3 % síntomas depresivos exclusivamente y 8,9 % síntomas tanto de ansiedad, como de depresión. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres con 5.4% y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres con 6,9%. (30)

Barros Tapia, Néstor Rodrigo, el 2011, en Ecuador, en su estudio titulado “Prevalencia de trastornos afectivos y factores asociados en escolares de Cuenca”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a trastornos afectivos: depresión y ansiedad en la población escolar de la Ciudad de Cuenca. Fue un estudio transversal que incluyó 1000 estudiantes en etapa escolar en Cuenca, en la provincia del Azuay, mediante muestreo aleatorio simple. Para el diagnóstico de trastornos afectivos se utilizó la Guía de observación de Stott, para funcionalidad familiar se utilizó la herramienta APGAR familiar, además se utilizaron test para detectar maltrato infantil. Llegó a las siguientes conclusiones entre otros que:

“La prevalencia de síntomas depresivos alcanzó el 15.2% y de ansiedad un 16.2%. Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en escolares de 10-13 años, en el sexo masculino, aumenta según la edad y según el grado de escolaridad, ni la edad, el sexo ni el grado de escolaridad, presentan significancia ni riesgo significativo; la residencia urbana represento factor protector para depresión.”. (31)

Ferrer Tirado, Laia y Checa Peña, Josep; el 2012, en España, realizaron un estudio sobre “Adolescencia y Depresión: Un Modelo de Intervención Comunitario”, tuvo como objetivos: a) analizar la presencia de los síntomas depresivos en población comunitaria adolescente, según sexo, b) analizar la asociación entre depresión y nacionalidad de origen y c) analizar diferencias entre sexos teniendo en cuenta el origen de la población. Participan 1326 alumnos de 3º y 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (769 chicas y 557 chicos). Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el BDI (Inventario de Depresión de Beck) y los datos socio demográficos fueron recogidos. Concluyeron que:

“La prevalencia de los síntomas depresivos fueron: leve con 23,2%, moderada con 6,9% y grave con 2,5%, siendo mayor los porcentajes en mujeres con 38,3% “. (32)

Veytia López, Marcela; González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne; Andrade Palos, Patricia; Oudhof, Hans, el 2012, en México, realizaron un estudio sobre “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes”, tuvo como objetivo Identificar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres. Fue un estudio transversal, participaron 2292 adolescentes de 15 a 19 años de edad (54% mujeres y 46% hombres), utilizaron la versión revisada en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES–D–R) y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín SV. Para evaluar las variables síntomas de depresión y grado de estrés de los sucesos vitales realizaron análisis descriptivos, t de Student, correlación de Pearson y regresión múltiple por pasos. Obtuvieron las siguientes conclusiones entre otros que:

“El 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión y el 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Los sucesos vitales estresantes (sociales, familiares, escolares, de pareja, salud y económicos) se asocian a los síntomas de depresión, específicamente de tipo familiar; las mujeres que presentaron mayores sucesos estresantes tienen 3.6 mayor puntaje de síntomas de depresión cuando fueron comparadas con los hombres ($p < 0.001$)”. (33)

Ramírez, Carmenza Ricardo; Álvarez, Matilde; Valencia Prieto, Germán; Tirado Otálvaro, Felipe; el 2012, en Colombia, en su estudio titulado “Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un Colegio privado de Medellín”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los síntomas depresivos, ansiosos y factores de riesgo familiares, medioambientales y personales, en una población de adolescentes entre 14 y 18 años de edad de un colegio privado de Medellín. Estudio observacional analítico de corte. Se encuestaron 152 adolescentes, Se aplicó una encuesta

sociodemográfica, y las escalas de BAI (inventario de ansiedad de Beck) y BDI- II (inventario de depresión de Beck-II). Obtuvieron las siguientes conclusiones entre otros que:

“la prevalencia de síntomas ansiosos fue de 25%, y de síntomas depresivos, de 25,7%. De los 38 (25%) estudiantes que tuvieron puntajes positivos en el BAI (ansiedad), 26 (68,4%) presentaron puntajes positivos en el BDI-II (depresión), y de los 39 (25,6%) alumnos que tuvieron puntajes positivos para BDI-II, en 26 (66,7%) se hallaron puntajes positivos para el BAI”. (34)

Jaureguizar, Joana; Bernaras, Elena; Soroa, Marian; Sarasa, Marta y Garaigordobil, Maite. En su estudio publicado el 2015, en España, titulado “Síntomatología Depresiva en Adolescentes y Variables Asociadas al Contexto Escolar y Clínico”, tuvo como objetivo analizar la tasa de sintomatología depresiva en escolares adolescentes y su relación con otros factores del ámbito escolar y clínico y llegar a un modelo predictor de la sintomatología depresiva en el contexto escolar. La muestra estaba compuesta por 1.285 estudiantes de 12 a 16 años. Los participantes rellenaron el “Cuestionario de depresión para niños” (CDS) y el autoinforme de personalidad S3 del “Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes” (BASC) y los tutores informaron sobre el rendimiento académico. Llegaron a las siguientes conclusiones entre otros que:

“Encontraron una prevalencia de 3,8% de participantes con sintomatología depresiva grave, hallaron puntuaciones significativamente superiores en las mujeres, no hallaron diferencias en función de la edad. Las variables predictoras en ambos sexos fueron: estrés social, atipicidad, ansiedad, sentido de incapacidad y somatización. En el caso de los varones el locus de control externo también fue un predictor y en las mujeres lo fue la autoestima”.(35)

A nivel nacional

Vargas, Horacio B.; Tovar, Héctor; Valverde, José M. el 2002, en Lima, en su estudio titulado “Prevalencia y factores asociados con el

episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Estudio de corte transversal. Usaron los datos del estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años. Utilizaron cuestionarios para medir variables demográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. Ajustaron modelos de regresión logística múltiple. Llegaron a las siguientes conclusiones entre otros que:

“La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes fue 8.6%. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir”. (36)

Salazar Loroña, Gustavo Omar, el 2002, en Huancayo, en su estudio titulado “Prevalencia de depresión en adolescentes”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión mayor, y de los síntomas depresivos en escolares., estudio de tipo descriptivo, transversal y analítico, El estudio se realizó en 240 escolares de 12 a 16 años de tres colegios de la ciudad de Huancayo, utilizó la entrevista clínica estructurada para el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, el inventario de Depresión para niños y adolescentes de Kovacs. Sus principales conclusiones fueron que:

“Existe una elevada prevalencia de depresión mayor (12,08%) y de síntomas depresivos entre los escolares de 12 a 16 años de edad (34,5%). El sexo femenino en la adolescencia es un factor asociado a depresión mayor. No encontró asociación estadísticamente significativa entre edad, colegio de procedencia y año de estudios con depresión mayor.”(37)

Vargas, Horacio B; Tovar, Héctor; Valverde, José M. el 2003, en la sierra del Perú, en su estudio titulado “Prevalencia y factores

asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003”, tuvo como objetivo determinar las prevalencias y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho. Estudio epidemiológico de corte transversal, con muestreo probabilístico trietápico por conglomerados. Usaron la base de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Sierra Peruana 2003. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años. Utilizaron cuestionarios para medir variables demográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple. Sus principales conclusiones fueron entre otros que:

“La prevalencia de episodio depresivo de las tres ciudades estudiadas en adolescentes fue 5,7%, encontró una mayor prevalencia de episodio depresivo en el grupo etáreo de 15 a 17 años (7,4%), en comparación con el grupo etáreo de 12 a 14 años (4,1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,018$). Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir alguna vez en la vida”.
(38)

Freyre Díaz, Efraín Manuel, en el 2004, en Pichanaki, Junín, en su estudio titulado “Prevalencia de Síntomas depresivos en el distrito de Pichanaki”, tuvo como objetivo calcular la prevalencia de sintomatología depresiva y observar su relación con respecto a los años de estudio y a las variables sociodemográficas sexo y edad. Estudio descriptivo analítico transversal, en una población de 480 alumnos de primero al quinto año de educación secundaria de cuatro colegios, utilizó el inventario de Depresión de Beck, Sus principales conclusiones fueron:

“la prevalencia general de síntomas depresivos en la población de adolescentes encuestados fue de 36,4% y se dividió en grado leve con 19.3%, moderado con 7% y severo con 10%, además encontró que el tener un determinado sexo no predispone a mayor sintomatología depresiva en la población encuestada.” (39)

Por los antecedentes expuestos se puede evidenciar que existen algunos estudios relacionados al tema, aportando información valiosa, pero se han realizado pocos estudios sobre la relación entre estrés y depresión en adolescentes sobre todo a nivel nacional, razón por la cual se consideró pertinente realizar el presente trabajo

2.2. BASE TEORICA

GENERALIDADES SOBRE ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 20. (40)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como “Una etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto físico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas: femeninas y masculinas). Cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

King ha clasificado los objetivos que el adolescente debe cumplir:

- Desarrollar una imagen corporal satisfactoria y realista.
- Desarrollar una progresiva independencia de los padres y la adecuada capacidad para cuidarse de sí mismos y regular su conducta.
- Desarrollar relaciones sociales satisfactorias al margen del ámbito familiar.
- Desarrollar un control y una manifestación adecuados de los crecientes impulsos sexuales y agresivos.
- Consolidar la propia identidad personal, incluyendo un código moral y desarrollar planes, por lo menos provisionales para alcanzar objetivos laborales y autosuficiencia económica.

Nurmi ha descrito 4 mecanismos básicos que utilizan los adolescentes para recorrer esa transición para ser un miembro pleno de la sociedad:

- Los adolescentes se desarrollan en ambientes cambiantes que canalizan sus trayectorias, según sean en cada momento y en cada comunidad sus creencias culturales, sus instituciones y sus acontecimientos históricos.
- Entre las opciones disponibles, adolescentes seleccionan los ambientes por los que van a transitar su desarrollo y senderos que guíen sus pasos futuros.
- Las consecuencias de sus actos, especialmente los fracasos y los acontecimientos negativos, determinan adaptaciones de sus

objetivos, planes y pensamientos a fin de enfrentarse con éxito a los desafíos futuros que parezcan en sus trayectorias.

- Tras recibir información sobre los resultados de sus esfuerzos, y ante una situación y una posición social concretas, reflexionan sobre distintas cuestiones relacionadas con ellos mismos y con sus vidas. Adquieren conceptos ya complejos de sí mismos y tienden a comentarlos con padres y coetáneos, facilitándose así la construcción coherente de su identidad personal.

Y todo es una secuencia permanente y acelerada de múltiples cambios. Es lo que se ha dado en llamar un periodo *de inconsistencia de estado*. Todo cambio obliga a realizar un esfuerzo de adaptación, son tales los esfuerzos que son catalogados como fuente de estrés. Los riesgos adolescentes para experimentar crisis más o menos transitorio o para desarrollar trastornos psiquiátricos pueden estar relacionados a características intrínsecas a la maduración puberal, pero sin duda también al enfrentamiento constante a situaciones poco o mucho estresantes, con frecuencia varias simultáneamente.

EL CEREBRO ADOLESCENTE

La adolescencia es un periodo evolutivo que contempla importantes cambio en la maduración del cerebro. Se da lugar a un extenso proceso de poda de sinapsis corticales, lo que supone una reducción de materia gris, junto con un aumento de mielinización. Esta remodelación neuronal permite alcanzar una mejor comunicación entre las regiones cerebrales corticales, facilitándose así el funcionamiento óptimo de los sistemas sensomotor, motivacional, emocional y cognitivo.

Este proceso madurativo no es homogéneo: ciertas regiones corticales maduran antes que otras; la maduración gradual de las áreas frontales media y laterales, responsables de las funciones cognitivas superiores. Las estructuras cerebrales más posteriores y profundas, responsables de funciones más primitivas, lo hacen más tempranamente.

El neurodesarrollo adolescente tiene lugar primordialmente en regiones cerebrales asociadas a motivación, impulsividad y susceptibilidad adictiva. Este fenómeno implica que la impulsividad y la búsqueda de novedad, características temperamentales tan propias de la adolescencia, pueden explicarse en parte por cambios madurativos en sistemas monoaminérgicos corticales frontales y subcorticales. A medida que sobreviene la maduración nerviosa tienden a reducirse la impulsividad y otros rasgos afines. Mientras tal reducción ocurre, estos procesos pueden tanto promover impulsos para aprender en orden a adaptarse a papeles sociales adultos, como conferir una mayor vulnerabilidad a los efectos adictivos de la droga.

El desarrollo emocional y las respuestas ante situaciones de estrés se basan en la maduración del sistema límbico, que incluye tres estructuras cerebrales:

- La amígdala, implicada en la identificación de señales de amenaza importantes procedentes del entorno.
- Hipocampo, responsable de almacenar en la memoria informaciones y experiencia relacionadas con las emociones. Es una estructura que puede resultar dañada en situaciones de estrés grave o crónico.

- El hipotálamo, que, entre otras funciones está implicado en las respuestas al estrés a través de sus conexiones con la hipófisis y las glándulas suprarrenales.

La desincronización entre el desarrollo emocional (sistema límbico) y el de los procesos de autocontrol (corteza prefrontal) es un factor muy importante para explicar y entender la mayor susceptibilidad de los adolescentes para tener problemas y trastornos emocionales. La emotividad y la impulsividad van por delante de la capacidad de control racional. (41)

TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Según Allport (1966), existen distintas teorías que describen esta etapa de la adolescencia. Entre ellas se encuentran: las teorías biológicas, psicoanalíticas, psicosociales, cognitivas, de aprendizaje social-cognitivo, etc.

TEORIA BIOLOGICA

La visión biológica enfatiza la maduración física y sexual, además señala a los factores genéticos como causa fundamental del cambio conductual y psicológico.

TEORIA DE G. STANLEY HALL (1844-1924)

Hall aplicó el punto de vista evolucionista de Darwin a la hora de conceptualizar el desarrollo adolescente. Así, el factor principal del desarrollo para él residía en factores fisiológicos genéticamente determinados, siendo el ambiente un factor secundario. Sin embargo, reconocía que en la adolescencia los factores ambientales jugaban un papel mayor que en periodos anteriores y que era necesario contemplar dinámicamente la interacción entre la herencia y las

influencias ambientales para determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo. La idea central de Hall fue la de identificar la adolescencia como un periodo turbulento dominado por los conflictos y los cambios anímicos, claramente diferenciado de la infancia, y en que el adolescente experimenta como un nuevo nacimiento como ser biológico y social.

TEORIA PSICOANALITICA

Para el psicoanálisis, los primeros años de vida del niño son los formativos, y al llegar a la adolescencia esta se convierte en un período de ansiedad y en ocasiones perturbación de la personalidad.

Desde el psicoanálisis se parte de considerar la adolescencia el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos (fundamentalmente la represión de impulsos amenazantes) en ocasiones inadaptativos. Con la pubertad se inicia la fase genital en el individuo, que se prolonga hasta la edad adulta. En esta fase se produce una reactivación de los impulsos sexuales (reprimidos durante la fase de latencia anterior, correspondiente a la infancia a partir de los seis años) que conduce al individuo a buscar objetos amorosos fuera del ámbito familiar y a modificar los vínculos establecidos hasta ese momento con los padres. Este proceso se interpreta como una recapitulación de procesos libidinales previos, especialmente los referidos a la primera infancia, semejantes a un segundo procesos de individuación. Así, el adolescente está impulsado por una búsqueda de independencia, esta vez de índole afectiva, que

supone romper los vínculos afectivos de dependencia anteriores. Durante el periodo de ruptura y sustitución de vínculos afectivos, el adolescente experimenta regresiones en el comportamiento, tales como: (a) identificación con personajes famosos, como artistas o deportistas, (b) fusión con ideales abstractos referidos a la belleza, la religión, la política o la filosofía, y también (c) estados de ambivalencia, manifestados en la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en los deseos o pensamientos, las fluctuaciones en los estados de humor y comportamiento, la rebelión y el inconformismo. En conjunto, el individuo tiene que ir construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Debe integrar los cambios sufridos en los distintos aspectos del yo (por ejemplo en el ámbito de su autoimagen y autoconcepto) y establecer procesos de identificación y compromiso respecto a valores, actitudes y proyectos de vida que guíen su tránsito a la vida adulta. En este proceso, el sujeto puede experimentar crisis de difusión de la identidad (expresadas en el esfuerzo de los adolescentes por definirse, sobredefinirse y redefinirse a sí mismos) con resultados inciertos.

TEORIA COGNITIVA-EVOLUTIVA (Jean Piaget)

Esta teoría señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas. La adolescencia es vista como un periodo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, y por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta. Durante esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal,

Estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, pues, por una interacción entre factores individuales y sociales.

TEORIA DE LA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA:

La adolescencia es el periodo en el que los jóvenes tienen que consumir los procesos de socialización a través de la incorporación de valores y creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles o roles sociales. El sujeto tiene que realizar opciones en este proceso haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas. En este caso la adolescencia es vista como el resultado individual de las tensiones que se generan en el ámbito social, cuando las generaciones de jóvenes reclaman un estatus de independencia en la sociedad. Desde esta perspectiva se enfatizan los procesos de integración en el mundo laboral, como soporte necesario de ese tránsito desde una situación general de dependencia a otra de independencia. La situación de segregación social de la que provienen y el alargamiento de los procesos de tránsito a la sociedad adulta les colocan en una situación de vulnerabilidad. Por tanto, aquí la adolescencia se atribuye principalmente a causas y factores sociales, externos al individuo. (42)

TEORIA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

El psicoanalista alemán **Erik Erikson** desarrolló un modelo de desarrollo de personalidad, que consiste en ocho etapas, una de ellas se refiere a los adolescentes. Según el modelo, la persona pasa por todas estas etapas interrelacionadas en su vida. Cada etapa tiene un conflicto, en caso de que el individuo no supere ese conflicto, puede

resultar en el desarrollo de una personalidad defectuosa en etapas posteriores de la vida. Durante la adolescencia, el individuo pasa por un conflicto. Si los factores externos lo favorecen, supera el conflicto y madura a un adulto con una identidad propiamente reconocida

Cada etapa de desarrollo psicosocial presentado por Erikson se caracteriza por un conflicto. Según Erikson, la etapa de la adolescencia se caracteriza por el conflicto "identidad contra confusión de roles". Un individuo intenta descubrirse a sí mismo, teniendo en cuenta su posición en la familia, de dónde proviene, y como miembro de la sociedad, dónde pertenece. Si la persona es incapaz de reconocer sus responsabilidades sociales, se retira, este período de Erikson es denominado "moratoria". El individuo se encuentra con "confusión de roles" y no es capaz de pasar a la siguiente etapa con éxito. Según Erikson, los resultados positivos de este conflicto podrían ser "la fidelidad y devoción", mientras que los posibles resultados negativos podrían ser "el fanatismo y el repudio

Según Erik Erikson, los adolescentes deben resolver dos crisis mayores para madurar saludablemente, bien ajustados y como adultos felices.

Primera crisis adolescente

Durante la primera crisis adolescente de Erikson, la identidad vs confusión de identidad, los adolescentes se enfrentan a la tarea de reconocer su propia identidad mientras aún están encajando con sus pares. Según Seven Counties Services Inc., la teoría de Erikson era que los adolescentes exitosos tienen un "entendimiento claro de identidad individual y puede compartir fácilmente este "yo" con los demás". Esto crea una persona confiada que puede formar relaciones saludables mientras mantiene su individualidad. Erikson teorizó que los

adolescentes que no pasan por esta crisis de manera exitosa están confundidos acerca de quiénes son y se pueden haber aislado socialmente o desarrollar un sentido exagerado de superioridad. Los adolescentes que se quedaron atascados en esta edad normalmente son inmaduros como adultos.

Segunda crisis adolescente

La segunda crisis adolescente, que normalmente sucede entre finales de la adolescencia y principios de la adultez, es la intimidad vs el aislamiento. Esta crisis requiere que los adolescentes comprendan que la naturaleza de la intimidad es sobre un dar y recibir equilibrado de amor y de apoyo. Durante esta etapa psicosocial de desarrollo, Erikson teorizó que los adolescentes exitosos pueden establecer y mantener amistades cercanas y saludables fuera de su familia inmediata. Los adolescentes que no pueden resolver esta crisis se vuelven distantes y socialmente aislados. Seven Counties Services Inc. reporta que también pueden volverse dependientes o demandantes y tienden a sentirse emocionalmente vulnerables. Una falla para superponer esta crisis genera que el desarrollo emocional se detenga en este punto, creando adultos aislados y solitarios.

Desarrollo psicosocial y depresión adolescente

Los adolescentes están intentando responder la pregunta "¿Quién soy yo?". Este proceso establece varias identidades para el adolescente, incluyendo las identidades sexuales, sociales y ocupacionales y esto puede causar un estrés considerable. La depresión puede suceder cuando este estrés, la inmadurez y la imposibilidad de relacionarse se combinan para afectar la posibilidad del adolescente para razonar y tratar con la vida diaria. La teoría de Erikson predice que cuando los adolescentes no pueden responder de

manera exitosa las preguntas de identidad durante esta etapa de desarrollo, pueden experimentar sentimientos de incomodidad y desesperación, lo que eventualmente puede llevar a la depresión

La idea de que la adolescencia es una época de “tormenta y estrés” está siendo sustituida por una concepción más equilibra, presentándola como un periodo del desarrollo caracterizado por una reorganización biológica, cognitiva, emocional y social dirigida a que el individuo consiga adaptarse a las expectativas y exigencias culturales implicadas en convertirse en adulto.

La adolescencia es la época de mayor riesgo de inicio de distintos trastornos y problemas: consumo de drogas, depresiones, trastorno disocial, esquizofrenia, trastorno de comportamiento alimentario, etc. Los motivos de que tal cosa ocurra son múltiples, pero lógicamente guarda relación con los cambios y riesgos que se experimentan y viven en esa época de la vida. (43)

ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE EL ESTRÉS

El termino estrés fue introducida por primera vez por Walter Cannon en 1911 para designar a todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Una reacción de lucha o huida ante situaciones amenazantes, postulando que su biología dependía de la estimulación simpático-adrenal. Se trata de una evaluación rápida de una amenaza, resultante del significado atribuido a cada situación por un individuo particular (global).

Hans Selye, en 1936 uso este término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos. *"El estrés es una*

respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga". Dicha respuesta puede ser de tipo psicológica (mental) o fisiológica (física/orgánica). La demanda se refiere a la causa del estrés (el estresor) y la denominó Síndrome General de Adaptación. Describió tres etapas: alarma, adaptación y agotamiento. En esta última se produce una pérdida de recursos adaptativos y se acompaña de un grupo típico de síntomas de ansiedad (mala calidad de sueño, fatiga progresiva, dolores vagos, hipertensión arterial, mareos, etc.).

Según la literatura científica, el estrés implica cualquier factor que actúe internamente o externamente al cual se hace difícil adaptar y que induce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de él mismo y con su ambiente externo. También, puede ser un evento o cualquier estímulo ambiental que ocasiona que una persona se sienta tensa o excitada; en este sentido, el estrés es algo externo a la persona.

El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo; en este sentido el estrés es el estado mental interno de tensión o excitación. Es el proceso de manejo interpretativo, emotivo y defensivo del estrés que ocurre dentro de la persona. (44)

TIPOS DE ESTRÉS

Se han establecido dos tipos o formas de estrés. Uno de estos es positivo (Eustrés) y el otro es negativo (distrés).

EUSTRÉS (estrés positivo)

Es el estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa, y prepara al cuerpo y mente para una función óptima. En este estado de estrés, el individuo deriva

placer, alegría, bienestar y equilibrio, experiencias agradables y satisfactorias.

La persona con estrés positivo se caracteriza por ser creativo y motivado, es lo que lo mantiene viviendo y trabajando. El individuo expresa y manifiesta sus talentos especiales y su imaginación e iniciativa en forma única/original. Se enfrentan y resuelven problemas.

Los estresantes positivos pueden ser una gran alegría, éxito profesional, el éxito en un examen, satisfacción sentimental, la satisfacción de un trabajo agradable, reunión de amigos, muestras de simpatía o de admiración, una cita amorosa, participación en una ceremonia de casamiento, la anticipación a una competencia de un evento deportivo principal, una buena noticia, desempeñando un papel en una producción teatral, entre otros.

El eustrés produce beneficios/efectos positivos, como el mejoramiento del nivel de conocimiento, ejecuciones cognitivas y de comportamientos superiores, provee la motivación excitante de, por ejemplo crear un trabajo de arte, crear la urgente necesidad de una medicina, crear una teoría científica. El estrés positivo indispensable para nuestro funcionamiento y desarrollo.

DISTRÉS (*estrés negativo*).

Según Hans Selye es aquel "Estrés perjudicante o desagradable". Este tipo de estrés produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, la cual eventualmente desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción en la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y en un envejecimiento acelerado. Es todo lo que produce una sensación desagradable. La vida cotidiana se encuentra repleta de los

estresantes negativos, tales como un mal ambiente de trabajo, el fracaso, la ruptura familiar, un duelo, entre otros.

El distrés es siempre nocivo para la salud y origina una serie de alteraciones cognitivas, emocionales y físicas que son experimentadas con desagrado y que atentan contra la calidad de vida de las personas que lo padecen. Los síntomas más mencionados por los distintos estudios son: (a) disfunciones en el estado ánimo, como irritabilidad o depresión, (b) sensación de tensión corporal, (c) dificultad para la relajación, (d) hipervigilancia y nerviosismo generalizado incluso ante situaciones intrascendentes, (e) dificultades para la concentración y disminución de la memoria, (c) trastornos del sueño, (d) fatiga mental y física, (e) dolor de cabeza, (f) palpitaciones cardíacas, (g) sudoración excesiva, (h) dolores lumbares, (i) alteraciones gastrointestinales y (j) alteraciones del apetito. (45)

EL ESTRÉS MODERNO

Los mecanismos de defensa automáticos dirigidos a enfrentar efectivamente situaciones de emergencia (estresantes reales) que pueden afectar negativamente el bienestar. El problema es que hoy en día se vive en un estado de contante sobre-estimulación de naturaleza psicosocial. Esto induce a una hiperactividad cerebral; de manera que, se ha desarrollado una nueva forma de estrés: el estrés de adaptación o de perpetua mutación. Las causas principales son de origen social, i.e., las demandas de nuestra sociedad, tales como la competencia y las presiones de trabajo y estudio, entre otras. Esto también se aplica a los niños que viven inmersos en esta cultura: además de superar las tareas escolares, realizan un número diverso de actividades extraescolares. Como resultado de esto, muchos de ellos sufren malestar intenso cuando las demandas del ambiente desbordan las

estrategias y recursos con que cuentan para afrontarlo. Con gran frecuencia, estos estresantes afectan la salud mental y emocional. Esta agresión psicológica continua conduce a la acumulación de sustancias energéticas liberadas por nuestros órganos (de origen neuroendocrino), las cuales resultan en diversas alteraciones fisiológicas y sicosociales y la aparición de enfermedades. (46)

ESTRÉS COMO ESTIMULO

El estrés como estímulo se centra en los acontecimientos del entorno (acontecimientos vitales), tales como desastres naturales, enfermedades, despido laboral o fracaso escolar. Esta acepción supone que ciertos acontecimientos son, de forma universal, estresantes y no tiene en cuenta diferencias individuales en la evaluación de tales eventos.

ESTRÉS COMO RESPUESTA

Estrés como respuesta implica básicamente un conjunto complejo de respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivos y conductuales. Entre las fisiológicas cabe señalar las siguientes (Sandin, 1995)

- Cardiovascular: incremento de la tasa cardiaca, aumento de la presión sanguínea sistólica, aumento de presión diastólica, aumento del *output* cardiaco, vasoconstricción periférica, posibles arritmias cardiacas.
- Otras respuestas psicofisiológicas: incremento de la tensión muscular general, temblor, incremento de la tasa respiratoria, hiperventilación, incremento de la sudoración, incremento de la actividad electrodermal, incremento de la dilatación pupilar, reducción de la tensión muscular intestinal, reducción de la

salivación, reducción de la amplitud ondas EEG, reducción del pH de la piel/saliva.

- Respuestas metabólicas: liberación de la glucosa, incremento en producción de glucosa, catabolismo proteico, aumento de ácidos grasos libre(mayor liberación de ácidos grasos a la sangre), aumento de colesterol plasmático, aumento de triglicéridos plasmáticos, incremento del transporte de oxígeno.
- Estomago: incremento de secreciones gástricas.
- Bronquios: dilatación
- Timo y sistema inmune: involución tímica y reducción de la competencia inmunológica
- Tiroides: incremento tamaño/actividad
- Suprarrenales: incremento tamaño/actividad.
- Glándulas sexuales: reducción tamaño/actividad.
- Hígado: involución.
- Páncreas: involución.
- Riñón: degeneración.

Selye (1954) tuvo en cuenta dos elementos: la fuerza externa o estresor y la reacción corporal o estrés, la respuesta de estrés, está constituida por un mecanismo llamado **Síndrome general de adaptación**, que consta de las siguientes etapas:

- **Reacción de Alarma (Reacción de lucha o Fuga):** Es la respuesta fisiológica aguda inicial del organismo ante una amenaza. El cuerpo

reacciona al estresor. Esta etapa tiene dos fases, *choque* y *contrachoque*. La fase de *choque* corresponde a la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. La *fase de contrachoque* es una reacción al rebote. En esta etapa el hipotálamo produce un mediador bioquímico, provocando que la glándula pituitaria secreta ACTH hacia la sangre. Esta hormona estimula a la glándula adrenal a que libere epinefrina y otros corticoides. Como consecuencia, se atrofia el timo (glándula constituyente del sistema glandular endocrino ubicada detrás de la porción superior del esternón o hueso del pecho) y los ganglios linfáticos. La actividad del sistema nervioso simpático aumenta. Esta etapa se caracteriza por una baja resistencia ante los agentes productores de tensión. Con esta etapa se corresponden las enfermedades asociadas a estrés agudo.

- ***La etapa de Resistencia (Adaptación)***: El organismo trata de adaptarse al estrés continuo que lo afecta. Esta es una etapa de reparación como resultado del deterioro ocurrido en la primera etapa. Se caracteriza por una resistencia aumentada al agente estresor y por una menor resistencia a otros estímulos.
- ***La Etapa de agotamiento (Deterioro)***: El agotamiento llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado. Entonces aparecen los síntomas de la etapa de alarma. Ante la incapacidad de afrontar la tensión (estresor) por más tiempo, ocurre un desbalance homeostático (equilibrio interno) y fisiológico en el cuerpo, el organismo colapsa y cede ante la enfermedad. Como resultado del estrés continuo, durante esta etapa pueden surgir una variedad de enfermedades psicosomáticas, tales como hipertensión, ataque al corazón, apoplejía o derrame cerebral, úlceras, trastornos gastrointestinales (e.g., colitis y otras), asma,

cáncer, migraña, alteraciones dermatológicas, entre otras condiciones.

ESTRÉS COMO PROCESO

Desde este punto de vista, el hecho de que una situación particular nos produzca una respuesta de estrés depende de cómo lo evaluemos y de los recursos de disponemos para afrontarla. Se puede establecer dos procesos en la evaluación de cualquier situación. Durante la evaluación primaria, los sujetos interpretan si una situación es amenazante o inofensiva. La evaluación primaria puede dar lugar a cuatro modalidades:

- Amenaza: anticipación de un daño que, aunque no se ha producido, parece inminente.
- Daño-pérdida: se refiere a un daño que ya se ha producido (p.e. muerte de un familiar).
- Desafío: en este caso la valoración de la situación implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza.
- Beneficio, implica únicamente ganancia positiva.

Durante *la evaluación secundaria* se considera la acción que va a realizar y la naturaleza y potencia de los recursos para manejar la situación. El grado en que las personas se sienten amenazadas depende de estas evaluaciones.

De acuerdo con la teoría de Lazarus y Folkman(1984), la reevaluación se refiere a los procesos de *feedback* que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el sujeto y el entorno. La evaluación cognitiva que realice del evento le dará o no un significado de estresor y a estimación que tenga del modo mejor para afrontarlo le

permitirá abordarlo con más o menos eficacia. La consideración de una estrategia de afrontamiento como adecuada o adaptativa dependerá, entre otros factores, de las características del niño, del momento del desarrollo en que se encuentra y de las exigencias del entorno.

CLASIFICACION DE LOS ESTRESORES

Los estresores infantiles más habituales provienen de la interacción con la familia, los amigos y los profesores. . Moreno y del Barrio (1995):

- Área Familiar: nacimiento de un hermano, conflictos en la relación con los padres, fallecimiento de un abuelo(a), fallecimiento de un amigo con un vínculo familiar, enfermedad grave del abuelo(a) y cambio de domicilio.
- Área Escolar: cambio de centro, cambio de ciclo, repetición de curso, cambio de profesor, aumento de trabajo y suspensos en tres o más asignaturas.
- Área Social: pérdida de un amigo, ingreso en un grupo, comienzo de actividades deportivas o lúdicas, regreso a casa, comienzo de relaciones con un chico(a) y ruptura con chico(a).

Arnold (1990) enfatiza el carácter evolutivo de los estresores infantiles. Los estresores de un niño pequeño (0-6 años) están relacionados al contexto familiar fundamentalmente, por ejemplo: separación de padres, abandono, abuso, etc. Que impiden un adecuado desarrollo del apego. Los niños de edad media (7-12 años) son más sensibles a los estresores relacionados a la ida escolar, por ejemplo el rendimiento escolar, interacción con los compañeros, competencias en los juegos, pertenencia al grupo de amigos, etc. Los

adolescentes (13-18 años) por su parte, muestra una mayor independencia, el inicio de relaciones sexuales, etc.

Slaikeu, (1984) muestra los problemas transicionales y crisis relacionados en la adolescencia como: su identidad frente a la confusión de papel, adaptación a cambios corporales y emociones nuevas, logro gradual de la independencia de sus padres, cuestionamiento de valores, desarrollo de filosofía de vida, exploración de relaciones personales, exploración de alternativas vocacionales. Sus posibles sucesos de crisis pueden ser: menstruación, relaciones sexuales, embarazo no deseado, graduación, ingreso a instituto universidad, conflicto con padres sobre hábitos personales y estilos de vida, desenamoramiento o compromisos, indecisión en la profesión, dificultades en el prime trajo, éxito o fracaso en estudios, deportes.

Las tareas más relevantes en los adolescentes ha de llevar a cabo están relacionadas con su identidad, orientación vocacional y el establecimiento de relaciones íntimas. (47)

SITUACIONES DE ESTRÉS

Situaciones estresantes en épocas tempranas de la vida, por ejemplo abuso en la infancia, da lugar a cambios crónicos en el eje hipotalámico-hipófiso-suprarrenal, lo que determina un incremento de la vulnerabilidad a la depresión, sea directamente, sea como respuesta a los estresores ulteriores.

La relación entre situaciones estresantes y desarrollo de problemas o trastornos emocionales está mediatizada por muchos otros factores, principalmente la habilidad del adolescente de enfrentarse a tales situaciones y los apoyos sociales de que disponga al producirse el enfrentamiento en cuestión. El problema del

adolescente es que , junto a posibles situaciones estresantes extraordinarios, están obligados a pasar por circunstancias estresantes normativas, circunstancias asociadas a los cambios corporales, a las transiciones de ciclo escolar, al aumento de conflicto familiares, a los cambios en las relaciones con amigos y amigas, etc.

A igualdad de circunstancias, las chicas parecen tener más probabilidades de resultar estresadas que los varones, gracias a su forma de establecer las relaciones interpersonales(mas cooperativas que agresivas), estilo más rumiativo de enfrentarse a los problemas, ya su vulnerabilidad ante los estresores que sufren las personas con las que están vinculadas afectivamente. Los desencuentros con una miga, la ruptura con un novio, discusión con el padre, etc., son problemas y conflictos que parecen afectar mucho más a ellas que a ellos. Esta mayor susceptibilidad cognitiva al estrés hace más probable que desarrollen síntomas depresivos.(48)

Las situaciones estresantes provocan reacciones emocionales o exacerban las que están en curso. El control o regulación de estas reacciones depende en gran parte de las *estrategias cognitivas* que utilice la persona afectada. Se han descrito nueve estrategias diferentes que pueden utilizar los adolescentes para regular sus emociones en respuesta al estrés: inculparse, culpar a otros, rumiar, interpretarlo como una catástrofe, verlo en perspectiva, replantearlo de modo positivo, reevaluarlo positivamente, aceptarlo, y plantear una solución. Se ha comprobado que inculparse y rumiar, junto con la ausencia de reevaluación positiva de lo sucedido, predicen significativamente e interdependientemente la aparición de síntomas o trastornos emocionales. (49)

La ESCALA DE INDICADORES FÍSICOS Y PSICOEMOCIONALES

DE ESTRÉS: En vista que el estrés produce señales que perjudican el funcionamiento general de las personas y disminuyen su calidad de vida, es evidente la necesidad de realizar diagnósticos fiables. Una de ellas es la Escala de indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés de Laura B. Oros de Sapia y Neifert, Ivana del Centro de Investigación en Psicología y Ciencias Afines (CIPCA) de la Universidad Adventista del Plata. Prueba psicológica, breve y de sencilla aplicación, que permite evaluar la sintomatología asociada al nivel de estrés en los adolescentes; a partir de una serie de manifestaciones físicas y psicoemocionales. Consta de 22 ítems, divididos en 3 factores, el factor 1 evalúa el déficit cognitivo y el estado anímico, mide entre otras cosas, la dificultad para concentrarse y mantener la atención, los periodos de depresión, etc. El factor 2 se refiere al nerviosismo e incapacidad para relajarse, e incluye síntomas como preocupación excesiva, nerviosismo exagerado y dificultad para relajarse. El factor 3 describe los síntomas físicos, como dolor de cabeza, calidad de sueño, agotamiento y otros.

El adolescente debe valorar los síntomas presentados, según el grado de aparición (tipo Likert)(50); Este Instrumento fue validado en el Perú, en el estudio de “Índice de Masa Corporal, Consumo de Alimentos y Actividad Física en Relación con el Estrés en Adolescentes de una Institución Educativa Privada, Villa María Del Triunfo-2014” de Gladys Cristel Lostaunau Paulin. Con Validez Alfa de Cronbach= 0.77, y Confiabilidad de Kaiser-Meyer-Olkin alcanzó un valor de 0.68 por lo que presenta validez de constructo. (51)

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de trastornos mentales de gran heterogeneidad clínica, que habitualmente se caracterizan por un conjunto de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). (52)

El término depresión utiliza habitualmente tres significados básicos:

- Síntoma: equivale a la vivencia de tristeza, “al sentirse triste”. La depresión puede aparecer como síntoma en otros muchos trastornos mentales.
- Síndrome: supone un conjunto de síntomas caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. Como síndrome es accesible a un diagnóstico clínico y psicopatológico.
- Enfermedad: es una entidad nosológica en la que se puede delimitar la etiología, la clínica, el curso y el pronóstico, así como el tratamiento específico.

DEPRESION

La depresión, es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. Los principales síntomas son la tristeza patológica, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y una disminución de la vitalidad que limita el nivel de actividad y produce un cansancio exagerado. Otros síntomas son: los sentimientos de culpa o

de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, las ideas de muerte o de suicidio, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos del sueño y la disminución del apetito y de la libido, entre otros.

Se calcula que los trastornos depresivos afectan al 10-25% de las mujeres y al 5-12% de los varones en algún momento de sus vidas. Por otro lado, aunque los intentos suicidas son más frecuentes en las mujeres, los suicidios consumados se presentan más entre los varones

CAUSAS DE LA DEPRESION:

- Anormalidades en los neurotransmisores Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores claves (mensajeros químicos del cerebro). Serotonina, Acetilcolina, Catecolaminas
- Anomalías hormonales: Las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, juegan un papel en la depresión.
- El sustrato está en el gen llamado SERT, que regula la producción de serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.
- Estrategia Adaptativa : Los niveles anormales de determinadas hormonas de stress y del crecimiento también juegan un papel en la depresión(53)

La depresión tiene una frecuencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres (Kessler y Walters, 1998) este resultado aparece solo después de la adolescencia, antes de este periodo las tasas son similares. Se desconoce cuál es la razón de esta diferencia según el sexo, aunque las explicaciones propuestas son diferencias

hormonales, factores sociales o ambientales, factores de personalidad, exposición desigual al abuso o a acontecimientos vitales estresantes (Klose y Jacobi, 2004). (54)

FACTORES DE RIESGO

- **Características demográficas:** el factor de riesgo sociodemográfico mas consistente es el sexo femenino (Goodwin et al 2006). El mecanismo de esta asociación puede residir en factores sociales o ambientales, en concreto, las mujeres presentan tasas más elevadas de exposición a acontecimientos vitales estresantes y traumas a lo largo de la vida estresantes (Klose y Jacobi, 2004), aunque dichos factores no parecen explicar del todo las diferencias sexuales en la depresión (Fergusson et al., 2002). Zubenko et al. Han demostrado una vulnerabilidad específica para la depresión mayor de inicio temprano y curso recurrente en las mujeres, el locus D2S2944 en el cromosoma 2.
- **Factores genéticos:** estudios genealógicos han demostrado que una historia familiar de depresión se asocia a un aumento de dos a tres veces el riesgo de padecer dicho trastorno (Lieb et al., 2002; Klein et al., 2001) Estudios llevados a cabo por Lieb et al, en 2002 demostraron que la depresión de los progenitores está asociada a un inicio más temprano y una mayor gravedad de la depresión en los hijos. Kendler et al. 1998 pusieron de manifiesto que los acontecimientos vitales estresantes están asociados a un aumento significativo de depresión en individuos con antecedentes familiares.
- **Acontecimientos vitales estresantes:**
 - Factores predisponentes: los traumas y acontecimientos vitales adversos durante la infancia y adolescencia están asociados a

un mayor riesgo de inicio de depresión y una mayor gravedad en la edad adulta. Los episodios de pérdida en las primeras etapas de la vida, especialmente pérdida de padres por muerte o separación, duplica o triplica el riesgo de depresión en la vida adulta. Algunos estudios ha revelado la existencia de una relación entre el abuso físico y sexual y la desatención durante la infancia con un aumento de riesgo de depresión en la edad adulta (Fergusson et al., 2002; MacMillan et al., 2001).

- Factores precipitante: los acontecimientos vitales estresantes o negativos en las relaciones personales, familia, trabajo, salud y posición económica se han vinculado sistemáticamente al inicio de la depresión (Kessler, 1997). El estudio llevado a cabo por Kendler et al., 2003 permite suponer que ciertos acontecimientos, como la pérdida y la humillación, constituyen mejores predictores de la depresión.

Catalán y Gabilondo en 2007 señalaron que:

- No siempre los acontecimientos vitales estresantes desencadenan trastornos mentales.
- Los efectos de los factores estresantes son acumulativos, ya que múltiples acontecimientos vitales negativos tiene mayor efecto a largo plazo
- Algunas personas requieren altos niveles de estrés para enfermar.
- El impacto de las experiencias vitales es medido por la vulnerabilidad individual y expresado como rasgo de personalidad.

- **Comorbilidad como factor de riesgo:** Diversos estudios han demostrado que el hecho de tener antecedentes de cualquier trastorno mental en cualquier momento de la vida aumenta considerablemente el riesgo de inicio de depresión mayor y la probabilidad de persistencia, gravedad y recidiva del trastorno.
- **Personalidad:** ciertos rasgos de personalidad, como niveles altos de “neuroticismo” predicen la probabilidad de desarrollar depresión mayor después de la exposición a acontecimientos vitales estresantes.(55)

SINTOMAS CARACTERISTICOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En un trastorno depresivo puede presentar tres tipos de síntomas:

- **Afectivos:** Humor triste, deprimido o irritable
- **Físicos:** retraso psicomotriz, inquietud psicomotriz, disminución de la energía, astenia, alteración del apetito, alteración del sueño, disminución del libido, molestias físicas inespecíficas, activación autónoma.
- **Cognitivos:** disminución de la capacidad de concentración, fallos de memoria, indecisión, distorsiones cognitivos negativos (soledad, vacío, incomprensión o culpa), baja autoestima o ideas de inutilidad, rumiación de pensamiento persistente negativo, ideas de muerte y suicidio; ideas delirantes. (56)

ADOLESCENCIA Y DEPRESION

El Perú es un país de gente joven, poco menos del 50% de su población es menor de 18 años. Paralelamente, múltiples factores generan malestar y sufrimiento en esta población, entre ellos están la

desorganización familiar y social, las infecciones, traumatismos, deshidratación, y otros. (57)

En la pubertad llegan los cambios psicofísicos y la adaptación sigue su proceso, iniciándose el control del mundo interno. Entre los 12 y 14 años se inicia la adolescencia que es el final de la etapa evolutiva y culmina con la adquisición de la estabilidad somática y psicológica, propias del adulto. Dos procesos ocurren en este lapso, el crecimiento de la masa corporal, con la configuración sexual definitiva y el desarrollo de la personalidad, proceso en el cual interviene factores endógenos, genéticos y fisiológicos, así como exógenos provenientes de la familia y del medio socio cultural.

Durante la adolescencia se desencadenan conflictos y desajustes de conducta, el adolescente comienza a experimentar necesidades propias y a sentirse dueño de sus derechos, situación lógica en un ser que va completando la evolución, para adquirir un estado definitivo. Es el periodo de buscar amistades fuera de la familia e integrarse a grupos de pares con algunas afinidades. El adolescente busca apoyo y autoafirmación, descubre la naturaleza, la cultura, sociedad, el sexo y el amor.

La depresión en menores de edad tiene sintomatología variada y diferente a la del adulto y puede ser confundida con otros trastornos de la infancia. En adolescentes la depresión es más parecida a la de los adultos. El trastorno depresivo mayor tiene características semejantes a las del adulto, siendo el humor disfórico el síntoma cardinal que generalmente se acompaña de hiperactividad, agitación, comportamiento agresivo, modificación de sentimientos y de actitudes hacia la escuela. Puede encontrarse también ansioso 'depresivo. En

las denominadas depresiones enmascarados se encuentran tres variantes en los niños y adolescentes:

- a. Con predominio de preocupaciones corporales.
- b. Con trastorno del comportamiento, acompañado de conductas de aire psicopático como fugas, robo, y heteroagresividad.
- c. Con inhibición intelectual y del contacto, repliegue y conductas auto eróticas, temor al compromiso en las relaciones afectivas frente a los demás.(58)

EI INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI, BDI-II): fue creado por Aaron T. Beck y colegas (Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.), fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (*Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988*). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas

físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, es una escala autoaplicada, que evalúa la gravedad del cuadro depresivo. Esta escala fue validada en el Perú, por el Instituto Nacional de Salud Mental. El inventario se compone de 13 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba fue construido preferentemente para un uso clínico como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad. El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 13 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo

La versión abreviada de 13 ítems también es muy utilizada. Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos y van de 0 a 3 puntos, dando un puntaje total posible de 39 puntos. Los puntos de corte propuestos son: 0-4 Depresión ausente, 5-7 Depresión leve, 8-15 Depresión moderada y > 15 Depresión grave.

Los instrumentos de tamizaje tienen por fin aumentar la detección precoz de pacientes con depresión, con el fin de que más personas reciban tratamiento adecuado, así como para realizar intervenciones preventivas en aquellos pacientes con mayor riesgo. En todo caso, los instrumentos de cribado servirían únicamente para detectar una posible depresión, y será necesario realizar posteriormente un diagnóstico mediante entrevista clínica. (59)

FACTORES ESTRESANTE CRONICOS, ACONTECIMIENTOS VITALES Y DEPRESION

Desde el siglo pasado se han realizado estudios sobre el estrés (Brown y Harris, 1978). Estas investigaciones mostraron elevadas correlaciones entre los cambios experimentados por un individuo y la susceptibilidad a la depresión. Su postulado fundamental de centraba en la idea de la enfermedad como resultado del fracaso del individuo en la adaptación al estrés.

Las investigaciones en torno al estrés y la enfermedad se han desarrollado en dos grandes líneas. Por una parte estarían las investigaciones dirigidas al estudio de los efectos del estrés sobre el organismo: el estrés y las variables psicológicas y sociales relacionadas formarían parte del conjunto de los factores que explican o contribuyen al desarrollo de la enfermedad. Por otra parte estarían las investigaciones que considera que la enfermedad, la depresión constituye un acontecimiento generador de estrés y que analizan su

papel en la evolución, tratamiento, rehabilitación y adaptación a la enfermedad. (6)

Se han llegado a algunas conclusiones:

- El estrés, los acontecimientos vitales, el apoyo social o las estrategias de afrontamiento son algunos de estos factores que ayudan a explicar la susceptibilidad a los trastornos afectivos en general y a la depresión en particular.
- El estrés y los acontecimientos vitales se asocia al inicio y mantenimiento de la depresión, y son los datos más concluyentes en el caso de depresiones leves y moderadas.
- El estrés crónico esta especialmente relacionado con el inicio de la depresión.
- Los acontecimientos vitales también tiene importancia en el inicio de los primeros episodios que en los posteriores
- El afrontamiento puede desempeñar un papel importante, además de como modular de estrés en sí mismo, en la percepción y recuperación de la enfermedad.
- Las estrategias de afrontamiento se ven mermadas en el paciente depresivo por su propia patología, de forma más importante en los casos más graves.

En resumen los factores etiológicos biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales interaccionan entre sí de manera compleja, determinando la vulnerabilidad o, por el contrario, la resistencia (biológica y psicológica) de una persona a presentar un

trastorno depresivo por lo tanto predicen la probabilidad de que un paciente presente un trastorno del humor. (60)

Los expertos sugieren un modelo de diátesis estrés de depresión en el que los factores genéticos y antecedentes de trauma en la infancia actúan con factores predisponentes (vulnerabilidad biológica y los acontecimientos vitales estresantes (que incluyen enfermedades medicas psiquiátricas) actúan como factores desencadenantes. Mientras que otros factores como las alteraciones cerebrales, los rasgos de la personalidad o las distorsiones cognitivas, actúan como factores mediadores o moduladores de la enfermedad. (61)

ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRA

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad. Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una clara definición del papel del Profesional de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. La asistencia en enfermería psiquiátrica es un proceso interpersonal en el que el profesional presta atención al individuo, familia y comunidad para promover la Salud Mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y de enfermedad mental y los ayuda a readaptarse y a encontrar significados en estas experiencias.(62)

La Ley del Trabajo de la Enfermera (27669) establece a la enfermera como un profesional de la Ciencia de la Salud, que interviene en la prestación de los servicios de salud Integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad.(63)

El profesional de enfermería en sus intervenciones practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, ejerce en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión.(64)

2.3. FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS

H1: Existe relación entre el nivel de estrés y nivel de depresión en adolescentes que cursan entre el cuarto y quinto año de educación secundaria de la Institución educativa Particular Nuevo Pitágoras.

Ho: No existe relación entre el nivel de estrés y nivel depresión en adolescentes que cursa entre el cuarto y quinto año de educación secundaria de la Institución educativa Particular Nuevo Pitágoras.

2.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Nivel de estrés:** Es la respuesta expresada del adolescente sobre las manifestaciones que presenta ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario durante el estudio, que se traduce en 3 factores: déficit cognitivo y el estado anímico; nerviosismo e

incapacidad para relajarse, y síntomas físicos; El cual se obtuvo a través de una escala tipo Likert; valorada en leve, moderado y severo:

- **Nivel de Depresión:** Es la respuesta expresada por el adolescente acerca de los signos y síntomas que experimenta ante un estado de abatimiento e infelicidad, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso). El cual se obtuvo a través del Inventario de Depresión de Beck de 13 ítems; valorado en ausente, leve, moderado y grave
- **Adolescente:** persona varón o mujer en periodo de adolescencia entre los 13- 17 años que cursan el cuarto o quinto grado de educación secundaria de la institución educativa Particular Nuevo Pitágoras.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, en razón a que permitió presentar los datos obtenidos tal y como se obtuvieron en el tiempo y espacio determinado

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras, ubicada en el Jirón las Turmalinas 518, en la zona urbana de la localidad de Huayrona del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima. Es una Institución educativa privada que brinda educación a escolares en los niveles inicial, primaria y secundaria en el turno mañana.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por 50 adolescentes que se encuentren cursando el cuarto y quinto años de educación secundaria.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Adolescentes entre 13 y 17 años que se encuentren cursando entre cuarto y quinto año de educación secundaria.
- Adolescentes que asistan en fecha de aplicación de los instrumentos.
- Adolescentes que aceptaron participar en el estudio previa

autorización de los padres que hayan firmado el consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no completen el instrumento.

3.5. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y los instrumentos fueron; la escala de Indicadores físicos y psicoemocionales de Estrés de Laura B. Oros de Sapia, Neifert, Ivana del Centro de Investigación en Psicología y Ciencias Afines (CIPCA) de la Universidad Adventista del Plata , Argentina, 2006. Prueba psicológica, que permite evaluar la sintomatología asociada al nivel de estrés en los adolescentes; a partir de una serie de manifestaciones físicas y psicoemocionales. Fue validado en el Perú en el 2014. Consta de 22 ítems, en la que el adolescente debe valorar los síntomas presentados, según el grado de aparición (tipo Likert: nunca, rara vez, a veces sí-a veces no, frecuentemente, siempre). (Anexo B)

El Inventario de Depresión de Beck de 13 ítems; que fue validada en el Perú, por el Instituto Nacional de Salud Mental. 2008 (Anexo B)

3.6. PROCESO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Para implementar el estudio se llevo a cabo el trámite administrativo, mediante una carta dirigida al Director de IEP Nuevo Pitágoras a fin de obtener su autorización. Posterior a ello se realizaron las coordinaciones para la aplicación del instrumento, previo autorización de los padres con el consentimiento informado y aceptación de los

adolescentes de cuarto y quinto año, se tuvo en cuenta el tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el programa Excel 2010 para elaborar la Tabla de Códigos (Anexo D) y Tabla Matriz (Anexo E).

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos y para el análisis e interpretación de los datos, considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, la frecuencia absoluta y porcentajes, valorándose el estrés en leve, moderado y severo, y para la depresión en ausente, leve, moderado y grave. (Anexo A).

- Estrés leve: presencia de síntomas físicos, psicoemocionales de estrés con puntaje menor de 29
- Estrés moderado: presencia de síntomas físicos, psicoemocionales de estrés con puntaje 29 a 36
- Estrés severo: presencia de síntomas físicos, psicoemocionales de estrés con puntaje mayor de 36
- Ausente: Sin depresión, con un puntaje menor e igual a 4 puntos
- Depresión Leve: Presencia de síntomas con puntaje de 5 a 7 puntos.
- Depresión Moderada: Presencia de síntomas con puntaje de 8 a 15 puntos
- Depresión grave: Presencia de síntomas con puntaje 16 a mas puntos

Para la aprobación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrado con el 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error (Anexo F)

3.7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para la ejecución del estudio se tuvo en consideración contar con la autorización respectiva de la Institución educativa y el consentimiento informado por parte de los padres y/o apoderados de los adolescentes que cursan el cuarto y quinto año de educación secundaria, siendo de carácter anónimo y confidencial. (Anexo C).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico. Así tenemos:

4.1. RESULTADOS

Sobre los datos generales del 100% (50), 56% (28) son mujeres y 44% (22) varones; 16% (8) tienen 14 años, 48%(24) 15 años, 28 %(14) 16 años, 8% (4) 17 años. En relación al Grado de Instrucción 58%(29) son de cuarto grado y 42%(21) de quinto grado. (Anexo G)

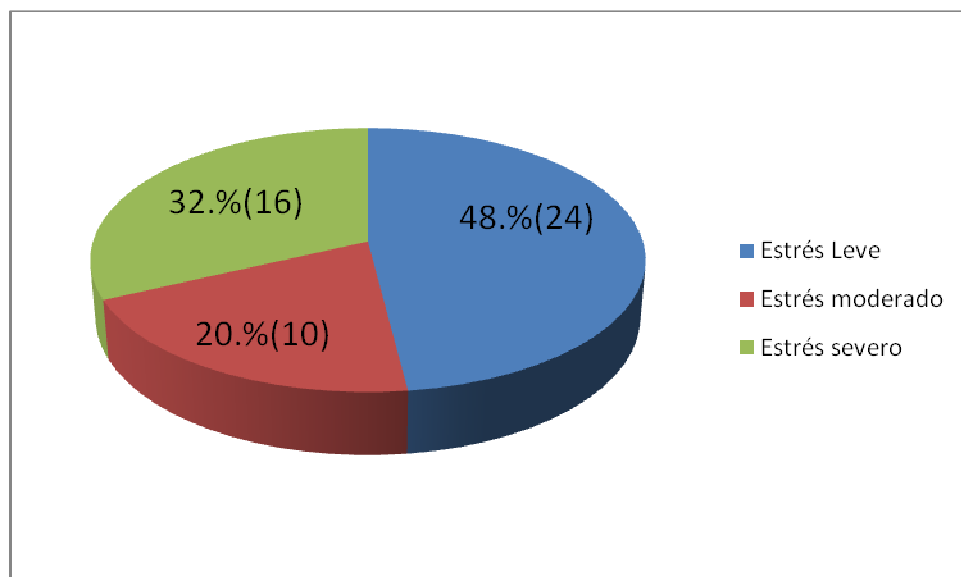
Por lo expuesto anteriormente, se deduce que en relación al sexo de los adolescentes la mayoría son mujeres y la minoría son varones, la edad promedio de las alumnos adolescentes es 15 años.

Respecto al nivel de estrés de los adolescentes del 100%(50), 48% (24) tienen estrés leve, 32%(16) severo, y 20%(10) moderado. (Grafico N° 1). El estrés leve predomina en el sexo masculino con 28%(14), mientras que en el sexo femenino el estrés severo es de 24% (12) y el moderado con 12%(6). (Anexo I).

En cuanto al nivel de depresión de los adolescentes del 100%(50); 40%(20) tienen depresión moderada, 28%(14) leve, 18%(9) sin depresión y 14%(7) grave. (Grafico N° 2). Los aspectos referidos a los síntomas depresivos está dado por qué 28%(14) no disfruta de las cosas tanto como antes; 22%(11) se cansan más que antes, evitan tomar decisiones;

GRÁFICO 1

**NIVEL DE ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO
AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS,
SAN JUAN DE LURIGANCHO,
LIMA - PERU
2016.**

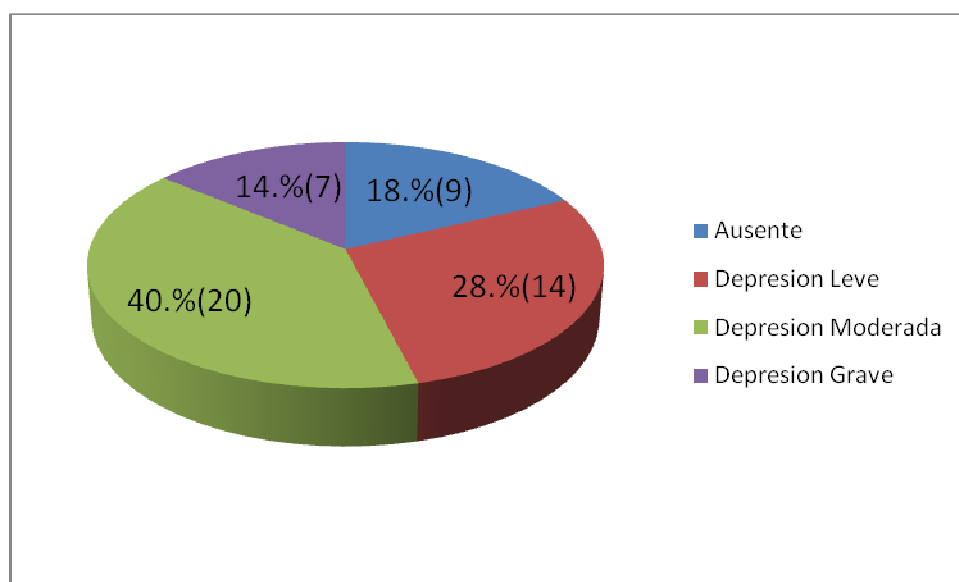


Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la I E P N.P. 2016

20%(10) no tienen tan buen apetito como antes, les cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo, estoy menos interesado en los demás que antes; 14%(7) se sienten desanimados ante el futuro, 12%(6) se siente culpables en bastantes ocasiones. (Anexo K). En el sexo femenino la depresión moderada es de 24% (12), la grave en el 10%(5) y el leve en 14% (7). (Anexo L)

GRAFICO 2

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO
AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS,
SAN JUAN DE LURIGANCHO
LIMA - PERU
2016**



Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la I E P.N:P. 2016

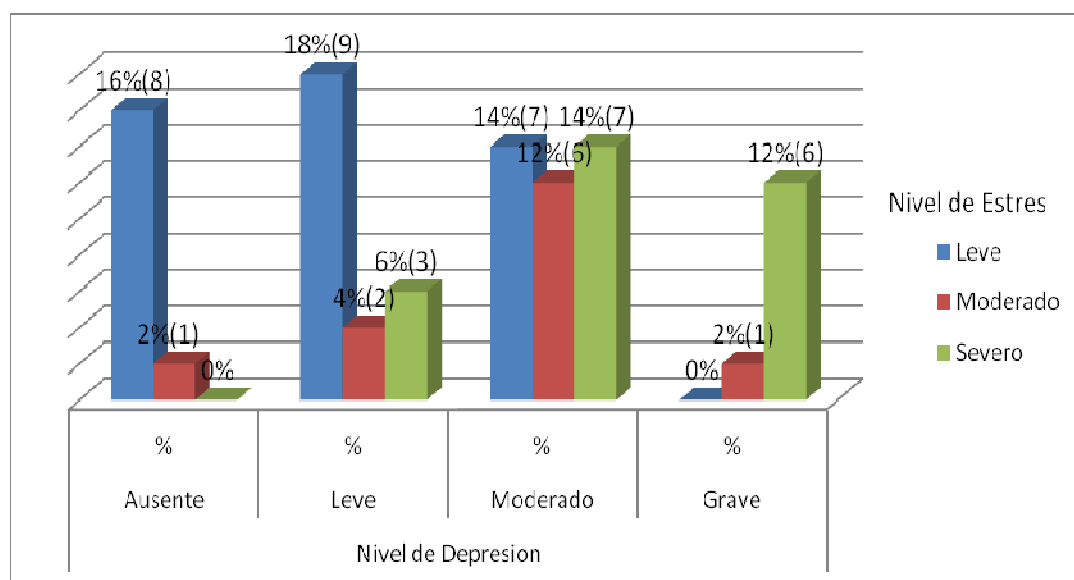
Acerca de la relación entre el nivel de estrés y depresión de los adolescentes del 100% (50), 40%(20) que sufren depresión moderada; 14%(7) tienen estrés leve, 14%(7) estrés severo y 12% (6) estrés moderado; del 28%(14) que sufre depresión leve, 18%(9) sufre estrés leve, 6%(3) estrés severo y 4%(2) estrés moderado, y del 14%(7) que sufre depresión grave; 10%(5) tiene estrés severo y el 4%(2) estrés moderado. Al aplicar la prueba no paramétrica de ji cuadrado para comprobar la hipótesis se obtuvo un X^2 calculado de 19, 41 mayor que el

GRAFICO 3

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN LOS
ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUEVO
PITÁGORAS, SAN JUAN DE LURIGANCHO**

LIMA - PERU

2016



Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la I E P.N.P. 2016

X^2 calculado $> X^2$ tabulado = 19.40757275 $>$ 12,592 Acepta la H1

X^2 tabulado 12,592, con un nivel de significancia de 0.05, por lo cual se acepta la hipótesis de estudio, es decir que existe relación entre el nivel de estrés y nivel de depresión de los adolescentes que cursan el cuarto y quinto año de secundaria de la institución Educativa Nuevo Pitágoras. (Grafico N° 3)

4.2. DISCUSION

La adolescencia es un periodo del desarrollo caracterizado por una reorganización a nivel biológico, social, cognitivo y emocional por los cuales el ser humano tiene que transitar y lograr adaptarse, con el fin de adquirir las habilidades necesarias para llegar a ser un adulto responsable y autónomo. Durante este periodo se desencadenan conflictos y desajustes de conducta, el adolescente comienza a experimentar necesidades propias y a sentirse dueño de sus derechos, situación lógica en un ser que va completando la evolución, para adquirir un estado definitivo. Es el periodo de buscar amistades fuera de la familia e integrarse a grupos de pares con algunas afinidades, busca apoyo y autoafirmación, descubre la naturaleza, la cultura, sociedad, el sexo y el amor.

En este periodo se da una secuencia permanente y acelerado de múltiples cambios que obliga al adolescente a realizar un esfuerzo de adaptación, estas situaciones son catalogados como fuente de estrés, es así que el adolescente puede experimentar crisis más o menos transitorias o pueden desarrollar trastornos psiquiátricos, estos están relacionados con las características intrínseca a la maduración puberal, pero también al enfrentamiento constante a situaciones poco o mucho estresantes.

Los estresores más comunes en adolescentes de 13 a 18 años esta relacionadas con la búsqueda de propia identidad, adaptación a los cambios corporales y emociones nuevas, orientación vocacional, el establecimiento de relaciones íntimas entre otras. Las respuestas a estos estresores dependerán del proceso madurativo del cerebro que influye en el desarrollo emocional y a las respuestas ante situaciones de estrés por lo que la respuesta a estos estresores puede variar de

acuerdo a las características individuales y de grupo. Las chicas parecen tener más probabilidad de resultar estresadas que los varones, gracias a su forma de establecer las relaciones interpersonales (más cooperativas que agresivas), a su estilo más "rumiativo" de enfrentarse a los problemas, y a su vulnerabilidad ante los estresores que sufren las personas con las que están vinculadas afectivamente.

Las modificaciones neurohormonales, la necesidad de adaptarse a muy diversos cambios y el consiguiente incremento de la labilidad emocional, probablemente determinan en el adolescente una mayor susceptibilidad al estrés que en otras fases del desarrollo.

Al respecto Duraldal et al. (2002) hallaron una prevalencia de estrés de 29%, siendo más frecuente en el sexo femenino; asimismo Maruris et al. (2011) hallaron una prevalencia de 55,34% de estrés normal, 24,27% estrés elevado, 10% estrés peligroso, 8,74% estrés bajo y 1,62% estrés peligrosamente bajo, siendo las mujeres las que mostraron mayores niveles de estrés elevado. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio donde el 48% de adolescentes se encuentran con estrés leve, seguido de estrés severo con 32% y moderado con el 20%, asimismo el estrés severo es más frecuente en el sexo femenino.

La depresión en los adolescentes es una patología compleja, con múltiples factores de riesgo que interactúan entre sí; los motivos para que tal cosa ocurra son múltiples, pero guardan relación con los cambios y riesgos que se experimentan y viven en esa época de la vida. Los cambios neurohormonales, las consecuencias psicosociales de los mismos y la exposición a las peculiares circunstancias de la vida adolescente tienden a potenciar el desarrollo de trastornos depresivos,

y si se tiene una vulnerabilidad genética específica. En este periodo se contempla importantes cambios en la maduración del cerebro, debido a la desincronización entre el desarrollo emocional (sistema límbico) y el de los procesos de autocontrol (corteza prefrontal), es que la emotividad y la impulsividad van por delante de la capacidad de control racional por lo que hace más susceptible al adolescente para tener problemas y trastornos emocionales. Entre los factores de riesgo para sufrir depresión tenemos: las características demográficas (existe mayor riesgo en las mujeres), factores genéticos (una historia familiar de depresión se asocia a un aumento de dos a tres veces el riesgo de padecer dicho trastorno), acontecimientos vitales estresantes (traumas, pérdidas, abuso, entre otros), comorbilidad y personalidad.

Al respecto, Cumsille et al.(1997) concluyeron altos niveles de síntomas depresivos, con mayor número de síntomas depresivos en las mujeres, y un alto porcentaje en las respuestas que reflejan desesperanza sobre el futuro y la falta de interés o aburrimiento; Asimismo Duraldal et al. (2002) hallaron una prevalencia de depresión de 39%; Czernik et al.(2004) hallaron un 25 % de depresión; Cova et al.(2007) encontraron un 32% con sintomatología depresiva (moderada o severa), teniendo las mayores puntuaciones los ítems que aludían a cambios del patrón de sueño, dificultad para la concentración, autocríticas y cambios de apetito; Ferrer y Checa (2012) encontraron una prevalencia de síntomas depresivos de: leve con 23,2%, moderada con 6,9% y grave con 2,5%, con mayor porcentaje en mujeres con 38,3%. Del mismo modo Salazar (2002) en 3 colegios de Huancayo, encontró una elevada prevalencia de depresión mayor de 12,08% y de síntomas depresivos de 34,5% en escolares de 12 a 16 años; y Freyre(2004) en 4 colegios de Pichanaki encontró una prevalencia de síntomas depresivos de 36,4% divididos en grado leve de 19,3%, moderado con 7% y severo con 10%. Estos resultados son

consistentes y similares a los resultados del estudio donde se encontró una mayoría de adolescentes con depresión moderado, seguido de depresión leve, luego sin depresión y finalmente con depresión grave; referido a que no disfrutaban de las cosas tanto como antes, se cansan más que antes, evitan tomar decisiones, no tienen tan buen apetito como antes, les cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo, están menos interesados en los demás que antes; Asimismo los adolescentes que sufren depresión moderada y grave es más frecuente en el sexo femenino.

La relación entre estrés y depresión, desde el siglo pasado se han realizado estudios sobre el estrés donde mostraron elevadas correlaciones entre los cambios experimentados por un individuo y la susceptibilidad a la depresión, esta era el resultado del fracaso a la adaptación al estrés, por otra parte otras investigaciones consideran a la depresión como un acontecimiento generador de estrés, sin embargo Según Catalan Y Gabilondo (2007) señala que no siempre los acontecimientos vitales estresantes desencadenan trastornos mentales.

El estrés, los acontecimientos vitales, el apoyo social o las estrategias de afrontamiento son algunos de estos factores que ayudan a explicar la susceptibilidad a los trastornos afectivos en general y a la depresión en particular. El estrés y los acontecimientos vitales se asocia al inicio y mantenimiento de la depresión, y son los datos más concluyentes en el caso de depresiones leves y moderadas. El estrés crónico esta especialmente relacionado con el inicio de la depresión.

La relación entre situaciones estresantes y desarrollo de trastornos emocionales está mediatizada por muchos factores, principalmente la habilidad del adolescente para enfrentarse a tales

situaciones y los apoyos sociales de que disponga. El problema del adolescente es que junto a posibles situaciones estresantes extraordinarias (ejemplo un abuso sexual), está obligado a pasar por circunstancias estresante normativas, circunstancias asociadas a los cambios corporales, a las transiciones de ciclo escolar, al aumento de conflictos familiares, a los cambios en las relaciones con amigo y amigas, etc. Por lo que las situaciones estresantes provocan reacciones emocionales o exacerban las que están en curso.

Al respecto Gonzales et al (1995) Hallaron la interrelación del estrés psicosocial con sintomatología depresiva, siendo el primero un indicador de riesgo de la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Otro resultado es el estudio de Veytia, et al (2012) donde hallaron un 15,6% de adolescentes con síntomas depresivos y el 80,4% habían sufrido algún suceso vital estresante familiar, asimismo hallaron que los suceso vitales estresantes (social, familiar, escolares, de pareja, salud y económico) se asocian a los síntomas de depresión, especialmente de tipo familiar . Estos resultados son similares a lo encontrado en el presente estudio, al aplicar la prueba ji cuadrado se acepta la hipótesis de estudio; es decir que existe relación entre el nivel de estrés y nivel depresión en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la institución educativa.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El nivel de estrés de los adolescentes, la mayoría presentan estrés leve, seguido de un porcentaje considerable de severo y un mínimo porcentaje de moderado; dentro de los cuales en el sexo masculino predomina el estrés leve; mientras que el sexo femenino predomina en estrés severo y moderado.
- El nivel de depresión de los adolescentes, la mayoría presentan depresión moderada, un menor porcentaje leve, un mínimo porcentaje no tienen depresión y un mínimo porcentaje significativo tiene depresión grave. Los aspectos están referidos a que no disfrutaban de las cosas tanto como antes; se cansan más que antes, evitan tomar decisiones; no tienen buen apetito, les cuesta más esfuerzo; siendo el sexo femenino el grupo que presenta depresión moderada y grave.
- Al establecer la relación entre el nivel de estrés y depresión mediante la prueba estadística del ji cuadrado se obtuvo un ji calculado mayor que el tabulado, por lo que se acepta la hipótesis de estudio, es decir hay relación entre las variables de estudio.

5.2. RECOMENDACIONES:

- Que el Director de la Institución Educativa Nuevo Pitágoras establezca las coordinaciones con el Centro de Salud Huayrona a fin de elaborar programas para el manejo de estrés y los mecanismos de afronte en el adolescente.

- Diseñar estrategias de detección y tratamiento precoz sobre el nivel de estrés y depresión a nivel de la Institución educativa.
- Realizar estudios de tipo cualitativo a fin de profundizar los hallazgos.

5.3. LIMITACIONES

- Los resultados y conclusiones sólo son validos para la población de estudio en la Institución Educativa Nuevo Pitágoras de San Juan de Lurigancho.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) (44) (46) Lopategui, Edgar, "Estrés: Concepto, Causas y Control, Universidad Interamericana de PR - Metro, Facultad de Educación, Rev. Latino-Am. Enfermagem sep.-oct. 2011; 19(5). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos97/estres-y-sindrome-burnout-docentes/estres-y-sindrome-burnout-docentes.shtml#ixzz4La7vXkFx>
- (2) (45) Orlandini, Alberto. "Estrés, que es y cómo evitarlo" edición electrónica, Fondo de Cultura económica. México. 2012. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=6071611776>
- (3) Organización Mundial De La Salud. Depresión. Nota descriptiva N°369. 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es.
- (4) (14) Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima metropolitana y Callao, Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental 2013; XXIX: 1-393. Disponible en: www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM/files/res/.../book.pdf
- (5) Defensoría del Pueblo. Derechos Humanos de las personas LGBTI: Necesidades de una política pública para la igualdad en el Perú. Informe 171. 2016. Disponible en: www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental.../16_informe_defensorial_140.pdf
- (6) (18) (40) (47) (60) Gonzales Barrón, Remedios. Psicopatología del Niño y Adolescente. España Ediciones Pirámide. . 2012Pag:
- (7) (10) (41) (48) (58) (61) Toro Josep Trallero. El adolescente en su Mundo. Riesgos, Problemas y trastornos. Madrid Editorial Pirámide. 2010. pag:

- (15) (54) (56) Carballo Belloso JJ; Figueroa Quintana, A; Garcia Martin, i; Soutullo Esperón, C; Zalsman G.. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Trastorno del Humor. Buenos aires. Editorial Panamericana. 2010
- (9) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF, Estado de la Niñez en el Perú. Lima-Perú. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf.
- (11) (16) (20) Instituto Nacional de Salud Mental. “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental 2008; XXIV (1-2):1- 247.
- (12) (37) Salazar Loroña, Gustavo Omar. “Prevalencia de depresión en adolescentes”. Huancayo-Perú. 2002
- (13) (39) Freyre Díaz, Efraín Manuel. “Prevalencia de Síntomas depresivos en el distrito de Pichanaki”, Pichanaki- Junín. 2004
- (17) Cabrejos, C; Krüger, H y Samalvides, F. “Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos” Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú, 2002
- (19) Organización Mundial De La Salud. Health for the world's adolescents. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- (21) (57) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población, Perú 2015
- (22) González-Forteza, Catalina; Villatoro, Jorge; Pick, Susan; Collado, Ma. Elena, “El Estrés Psicosocial y su relación con las Respuestas De Enfrentamiento Y El Malestar Emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel Socioeconómico” Trabajo

presentado en la XII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1995.

- (23) Cumsille Eltit, Patricio; Martínez Guzmán, María Loreto “Síntomas De Depresión En Estudiantes De Enseñanza Media De Santiago”. 1997, Rev. Chil. Pediatr. 68 (2); Chile, 1997, pág. 74-77,
- (24) Martínez Arias, María del Rosario; Rodríguez Sutil, Carlos; Aláez Fernández, Máximo, “Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género”. Ayuntamiento de Madrid, Universidad Complutense de Madrid. Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2000. Vol. 12, nº 4, España, 2000 pp. 525-532
- (25) Duraldal Montaña, Jhonny; Jimenez Velasco, Maritza; Rojas Salazar, Freddy Marcos; Gómez Quispe, Heidy Fabiola; Roman Mejía, Oscar Gonzalo; Rodriguez Rodriguez, Pablo Luis “Depresión y estrés en estudiantes de tercero y cuarto secundaria de la ciudad de Cochabamba”. Gac. méd. boliv; 26(1/2).Bolivia. 2002 pág.: 81--88
- (26) Czernik, Gabriela E.; Dabski, Gabriela E.; Canteros, Javier D.; Almirón, Lila M, “Ansiedad, Depresión Y Comorbilidad En Adolescentes De La Ciudad De Corrientes”. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 162 – Octubre 2006. Argentina. Pág. 1-4
- (27) Quijada R, Escribá; Montoya C, Maestre; Laserna P, Amores; Toledo A, Pastor; Marco E, Miralles; Rabadán F, Escobar, “Prevalencia De Depresión en adolescentes”. España. Actas Españolas de Psiquiatría. volumen33, número 5, página(s). 2005. Pág.: 298-302
- (28) Cova S, Félix; Melipillán A, Roberto; Valdivia P, Mario; Bravo G, Elizabeth; Valenzuela Z, Bárbara. “Sintomatología depresiva y

ansiosa en estudiantes de enseñanza media”. Chile, Rev. chil. pediatr. v.78 n.2 Santiago abr. 2007

- (29) Maruris Reducindo, Mireya; Cortés Genchi, Pedro; Gómez Bravo, Luz Guadalupe; Godínez Jaimes, Flaviano “Niveles de estrés en una población del sur de México”. México. Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 2: 239-244, julio-diciembre de 2011
- (30) Ospina-Ospina, Fanny del Carmen; Hinestrosa-Upegui, María F.; Paredes, María C.; Guzmán, Yahira y Granados, Carlos. “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía,”. Colombia. 2011. Rev. Salud pública. 13 (6): 908-920,
- (31) Barros Tapia, Nestor Rodrigo. “Prevalencia de trastornos afectivos y factores asociados en escolares de Cuenca”. Ecuador. Tesis para optar el Título de Especialista en Pediatría. Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca.2011. Pág. 70
- (32) Ferrer Tirado, Laia y Checa Peña, Josep; “Adolescencia Y Depresión: Un Modelo De Intervención Comunitario”. España. [psiquiatria-55/6-ferrer-checa-sepyyna55.pdf](#) .Revista: 55. 2013
- (33) Veytia López, Marcela; González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne; Andrade Palos, Patricia; Oudhof, Hans. “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes”. México. Salud Ment vol.35 no.1 México ene./feb. 2012
- (34) Ramírez, Carmenza Ricardo; Álvarez, Matilde; Valencia Prieto, Germán; Tirado Otálvaro, Felipe. “Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín”. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 41, núm. 3, septiembre, 2012, pp. 606-619 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia.2012
- (35) Jaureguizar, Joana; Bernaras, Elena; Soroa, Marian; Sarasa, Marta y Garaigordobil, Maite. “Sintomatología Depresiva En

Adolescentes Y Variables Asociadas Al Contexto Escolar Y Clínico”. *Psicología Conductual*, Vol. 23, Nº 2, 2015.España. 2015., pp. 245-264

- (36) Vargas, Horacio B.; Tovar, Héctor; Valverde, José M. “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao -2002”. *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 14, núm. 2, agosto, 2010, pp. 91-98 Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú.
- (38) Vargas, Horacio B; Tovar, Héctor; Valverde, José M “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003”. Facultad de Medicina Alberto Hurtado oai:upch.edu.pe-vrinve:article/1709. Cajamarca, Huaraz, Ayacucho-Perú.
- (42) Adrián, J; Rangel, E. Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad (SAP001) Disponible en: <http://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20DPersonalidad/Curso%2012->
- (43) Berger, K. *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia*. 7ma edición. Editorial panamericana. España. 2007. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8498351936>
- (48) Lazarus, R., *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca, Barcelona. 1986
- (50) Oros, L. B. y Neifert, I. . *Construcción Y Validación De Una Escala Para Evaluar Indicadores Físicos Y Psicoemocionales De Estrés*. Evaluar, 6, 1-14. Centro de Investigación en Psicología y Ciencias Afines (CIPCA), Universidad Adventista del Plata. Argentina 2006.
- (51) Lostaunau Paulin, Gladys Cristel. “Índice de Masa Corporal, Consumo de Alimentos y Actividad Física en Relación con el Estrés en Adolescentes de una Institución Educativa Privada, Villa María Del Triunfo-2014” Tesis para optar el Título Profesional de

Licenciada en Nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014 Pág. 51

- (52) (55) Amaia Ortiz, Isabel Alonso, Aitziber Ubis, Ángeles Ruiz. , volumen 5 “Trastornos del Estado de Ánimo” Guías de Cuidados de Enfermería en Salud Mental. Ed Elsevier Masson. Barcelona, España. 2011
- (53) Rojas, E. “Adiós, Depresión” Grupo Planeta. España. 2013.
Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?isbn=8499983421>
- (59) Lewis R. Aiken Tests Psicológicos y Evaluación. 11edición. Pearson educación. México 2003
- (62) (64) Esguerra de Cárdenas, Irene. “Rol del Profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatra. Disponible en
<http://www.bdigital.unal.edu.co/20575/1/16731-52397-1-PB.pdf>
- (63) Congreso de la Republica. Ley del trabajo de la Enfermera. 27669.
Disponible en:
http://www.essalud.gob.pe/downloads/c_enfermeras/ley_de_trabajo_del_enfermero.pdf

BIBLIOGRAFIA

- Bunge, E; Gomar, M. Mandil, J. Terapia Cognitiva Conductual con Niños y adolescentes. Aportes técnicos. Argentina. Librería Akadia Editorial 2008.
- Garcia Toro, M. “Estilo de vida y Depresión” Ed. Síntesis. Madrid-España. 2014
- Antonio Cano Vindel, 2006 La Naturaleza Del Estrés Dr. Boletín De Seas, Sociedad Española Para El Estudio De La Ansiedad Y El Estrés.
- Ministerio de Salud. Ley General de Salud. 26842, Perú. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
- Robertson Blackmore Emma, Phd, Stephen A. Stansfeld, Frcpsych, Phd, Iris Weller, Phd, Sarah Munce, Msc, Brandon M. Zagorski, MS And Donna E. Stewart, FRCPC. Major Depressive Episodes And Work Stress: Results From A National Population Survey AJPH First Look, Published Online Ahead Of Print Sep 27, 2007 November 2007, Vol 97, No. 11 | American Journal Of Public Health 2088-2093© 2007. American Public Health Association.
- Franco Dolores, San Martin Arturo y Giner José. Psiquiatría y Atención Primaria, Trastornos de Adaptación, artículo escrito por Departamento de psiquiatría. Universidad de Sevilla. 2003
- Juan Pérez Psiquiatría y Atención Primaria Identificación y Manejo de los trastornos por Estrés, artículo escrito por Servicio de psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Valencia. 2002.
- Velásquez A. Análisis del Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – MINSA 2004 y propuesta metodológica para el ajuste con datos nacionales de morbilidad, Proyecto PRAES-USAID, Lima

2006, 64 p. Disponible en: <http://www.praes.org/docs-pdf/publica/4.pdf>, acceso 21 de Marzo 2016

Ugarriza, Nelly; Ecurra, Miguel. "Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana". , Persona, núm. Universidad de Lima, Perú, 2002. pp. 83-130.

PAGINAS WEB CONSULTADAS EN INTERNET

www. Piquiatria.Com

Www.Lilacs

www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_3.htm

<http://www.monografias.com/trabajos45/sindrome-burnout/sindrome-burnout3.shtml>

http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/health_safety/publicat/stress_es.pdf

<http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>

<http://roldeenfermeriaenlasaludmental.blogspot.pe/>

INSM Base de Datos de Instrumentos de Evaluación de Salud Mental y Psiquiatria. Anales de Salud Mental. 2008. Vol XXIV

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de Variables	I
B	Instrumento	III
C	Consentimiento informado	V
D	Tabla de Códigos	VI
E	Tabla Matriz de datos	VIII
F	Prueba de Chi Cuadrado	XII
G	Datos generales de los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de IEP Nuevo Pitágoras	XIV
H	Nivel de Estrés en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de IEP Nuevo Pitágoras	XV
I	Nivel de Estrés en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de IEP Nuevo Pitágoras, según sexo	XVI
J	Nivel de depresión en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de IEP Nuevo Pitágoras	XVII
K	Nivel de depresión en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de IEP Nuevo Pitágoras, según ítems	XVIII
L	Nivel de depresión en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de IEP Nuevo Pitágoras, según sexo	XIX
M	Relación entre el nivel de estrés y nivel de depresión en los alumnos de cuarto y quinto año de educación secundaria de IEP Nuevo Pitágoras	XX

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
nivel de estrés	Respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. Es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.	Es la respuesta expresada del adolescente de manifestaciones que presenta ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario durante el horario de estudio	Factor 1: déficit cognitivo y estado anímico (7 ítems) Factor 2: síntomas físicos (8 ítems) Factor 3: nerviosismo y dificultad para la relajación (7 ítems)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me cuesta concentrarme 2. Mi memoria se mantiene normal(no me olvido de las cosas fácilmente) 3. Se me hace difícil mantener la atención en algo 4. Me siento triste y desanimado 5. Me olvido fácilmente de las cosas 6. Me siento agotado mentalmente 7. Tengo periodos de depresión (tristeza constante) 8. Puede pasar mucho tiempo sin que sienta dolor de cabeza 9. Tengo dolor de cuello y espalda 10. Me siento ágil, saludable 11. Sufro dolores de cabeza 12. Me duermo fácilmente 13. Cuando estoy ansioso, aumenta o disminuye mi apetito 14. Me alimento normalmente 15. Tengo insomnio o dificultad para conciliar el sueño 16. Me siento muy nervioso(a) por pequeñas cosas sin importancia) 17. Me tomo las cosas de manera tranquila y relajada 18. Puedo relajarme fácilmente 19. Me siento tranquilo y despejado 	<p>Leve: menor 29 puntos</p> <p>Moderado : 29 a 36 puntos</p> <p>Severo: mayor a 36 puntos</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
				<p>20. Puedo mantenerme relajado a pesar de las dificultades</p> <p>21. Hasta las pequeñas cosas me ponen muy nervioso(a)</p> <p>22. Siento que me preocupo excesivamente por cada cosa</p>	
Nivel de Depresión	Signos y síntomas de un estado de abatimiento e infelicidad, se expresa con problemas del pensamiento, síntomas físicos, emocionales y conductuales	Es la respuesta expresada por el adolescente acerca de los signos y síntomas de un estado de abatimiento e infelicidad, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa, así como síntomas físicos relacionados con la depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Deprimido - Pesimismo - Sensación de fracaso - La falta de satisfacción - Los sentimientos de culpa - Auto-odio - Impulso suicida - Aislamiento social - Indecisión - Imagen distorsionada del cuerpo - Inhibición de trabajo - Fatigabilidad - Pérdida del apetito 	<p>1. Me siento triste</p> <p>2. Me siento desanimado de cara al futuro</p> <p>3. He fracasado más que la mayoría de las personas</p> <p>4. No disfruto de las cosas tanto como antes</p> <p>5. Me siento culpable en bastantes ocasiones</p> <p>6. Estoy descontento conmigo mismo</p> <p>7. Pienso en suicidarme</p> <p>8. Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p>9. Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p>10. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo</p> <p>11. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo</p> <p>12. Me canso más que antes</p> <p>13. No tengo tan buen apetito como antes.</p>	<p>Ausente: 0 a 4 puntos</p> <p>Leve: 5 a 7 puntos</p> <p>Moderado: 8 a 15 puntos</p> <p>Grave: 16 a mas puntos.</p>

ANEXO B

UNMSM-FM-UPG
PSEE-2016

INSTRUMENTO - NIVEL DE DEPRESION ADOLESCENTES

PRESENTACION

Le hago extensivo mi cordial saludo, el presente instrumento está orientada a obtener información sobre estrés y depresión, por lo cual se le solicita su colaboración, es de carácter anónimo y confidencial, Agradezco su participación y valiosa información. Marque con aspa la respuesta que considere

DATOS PERSONALES:

- Edad: 13 () 14 () 15 () 16 () 17 ()
 - Sexo: M () F ()
 - Grado: 4° () 5° ()
- Fecha de Nacimientos:**

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se recogen algunos sentimientos e ideas acerca de ti mismo. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase con una equis(x).

		No	Algo	Bastante	Si
1	Me siento triste				
2	Me siento desanimado de cara al futuro(sobre el futuro)				
3	He fracasado más que la mayoría de las personas				
4	No disfruto de las cosas tanto como antes				
5	Me siento culpable en bastantes ocasiones				
6	Estoy descontento(a) conmigo mismo				
7	Pienso en suicidarme				
8	Estoy menos interesado(a) en los demás que antes				
9	Evito tomar decisiones más que antes.				
10	Estoy preocupado(a) porque parezco envejecido(a) y poco atractivo(a)				
11	Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo				
12	Me canso más que antes				
13	No tengo tan buen apetito como antes				

INSTRUMENTO - NIVEL DE ESTRÉS ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES: Marca con X las afirmaciones que aparecen a continuación de acuerdo a los síntomas que ha experimentado en los últimos meses.		Nunca	Rara Vez	A veces SI, A veces NO	Casi siempre	Siempre
1	Me cuesta concentrarme					
2	Puedo pasar mucho tiempo sin que sienta dolor de cabeza					
3	Me siento muy nervioso(a) por pequeñeces(cosas sin importancia)					
4	Tengo periodos de depresión (tristeza constante)					
5	Mi memoria se mantiene normal (no me olvido de las cosas fácilmente)					
6	Me duermo fácilmente					
7	Me siento agotado(a) mentalmente					
8	Me tomo las cosas de manera tranquila y relajada					
9	Tengo dolor de cuello y espalda					
10	Siento que me preocupo excesivamente por cada cosa					
11	Puedo relajarme fácilmente					
12	Me siento ágil, saludable (sano)					
13	Se me hace difícil mantener la atención en algo					
14	Cuando estoy ansioso(a) aumenta o disminuye mi apetito					
15	Me siento triste y desanimado(a)					
16	Sufro dolores de cabeza					
17	Puedo mantenerme relajado(a) a pesar de las dificultades					
18	Me olvido fácilmente de las cosas					
19	Me alimento normalmente(como igual que antes)					
20	Me siento tranquilo(a) y despejado(a) (sin preocupaciones)					
21	Tengo insomnio o dificultad para conciliar el sueño					
22	Hasta las pequeñas cosas me ponen muy nervioso(a)					

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES.

Estimado padre de familia:

La referida investigación es conducida por la Lic. Enfermería Nelly Rosmery Quiñones Mayorga, estudiante de la Especialidad en de Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos .Este estudio se realizará en el Colegio Particular Nuevo Pitágoras, con la finalidad de realizar una investigación para identificar estrés y depresión en adolescentes. Los resultados de este estudio serán parte de una Tesis y a la vez servirán para ayudar a mejorar los programas de atención en adolescentes con síntomas depresivos. Si usted está de acuerdo en permitir que su hijo(a) participe, le pediremos a él/ella que complete un cuestionario en los próximos días. La duración de toda la evaluación no llevará más de 20 minutos previamente coordinados con la dirección del colegio y el profesor responsable del aula. Las encuestas se responden de forma anónima. La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial. La información se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. No se usará el nombre de su hijo(a) en ninguno de los reportes. Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar. Su decisión sobre la participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el Director del centro educativo.

POR FAVOR COMPLETE Y ENVÍE AL COLEGIO CON SU HIJO/A ESTA PARTE DEL DOCUMENTO, A MÁS TARDAR EL DIA DE MAÑANA.

Nombre del/de la adolescente (a): _____

Lea la información a continuación y marque uno de los recuadros.

() ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

() NO ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Desde ya le agradecemos su participación

ANEXO D

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES

Nº	PREGUNTA	COLUMNA	CATEGORIA	CODIGO
1	EDAD	1	13	0
			14	1
			15	2
			16	3
			17	4
2	SEXO	2	MASCULINO	0
			FEMENINO	1
3	GRADO	3	CUARTO	0
			QUINTO	1

DATOS ESPECIFICOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK VERSION ABREVIADA DE 13 ITEMS

		No	Algo	Bastante	Si
1	Me siento triste	0	1	2	3
2	Me siento desanimado de cara al futuro	0	1	2	3
3	He fracasado más que la mayoría de las personas	0	1	2	3
4	No disfruto de las cosas tanto como antes	0	1	2	3
5	Me siento culpable en bastantes ocasiones	0	1	2	3
6	Estoy descontento conmigo mismo	0	1	2	3
7	Pienso en suicidarme	0	1	2	3
8	Estoy menos interesado en los demás que antes	0	1	2	3
9	Evito tomar decisiones más que antes.	0	1	2	3
10	Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	0	1	2	3
11	Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	0	1	2	3
12	Me canso más que antes	0	1	2	3
13	No tengo tan buen apetito como antes	0	1	2	3

TABLA DE CODIGOS - ESTRES

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	Psicológicas:					
1	Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
2	Mi memoria se mantiene normal(no me olvido de las cosas fácilmente)	4	3	2	1	0
3	Se me hace difícil mantener la atención en algo	0	1	2	3	4
4	Me siento triste y desanimado	0	1	2	3	4
5	Me olvido fácilmente de las cosas	0	1	2	3	4
6	Me siento agotado mentalmente	0	1	2	3	4
7	Tengo periodos de depresión (tristeza constante)	0	1	2	3	4
	Somáticos:					
8	Puede pasar mucho tiempo sin que sienta dolor de cabeza	4	3	2	1	0
9	Tengo dolor de cuello y espalda	0	1	2	3	4
10	Me siento ágil, saludable	4	3	2	1	0
11	Sufro dolores de cabeza	0	1	2	3	4
12	Me duermo fácilmente	4	3	2	1	0
13	Cuando estoy ansioso, aumenta o disminuye mi apetito	0	1	2	3	4
14	Me alimento normalmente	4	3	2	1	0
15	Tengo insomnio o dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
	Conductuales:					
16	Me siento muy nervioso(a) por pequeñeces (cosas sin importancia)	0	1	2	3	4
17	Me tomo las cosas de manera tranquila y relajada	4	3	2	1	0
18	Puedo relajarme fácilmente	4	3	2	1	0
19	Me siento tranquilo y despejado	4	3	2	1	0
20	Puedo mantenerme relajado a pesar de las dificultades	4	3	2	1	0
21	Hasta las pequeñas cosas me ponen muy nervioso(a)	0	1	2	3	4
22	Siento que me preocupo excesivamente por cada cosa	0	1	2	3	4

ANEXO E

TABLA MATRIZ DE DATOS DEL INSTRUMENTO

ALUMNO	EDAD	SEXO	GRADO
1	4	0	0
2	4	0	0
3	2	1	0
4	2	1	0
5	2	1	0
6	2	1	0
7	1	1	0
8	1	0	0
9	2	0	0
10	3	0	0
11	2	1	0
12	2	1	0
13	1	0	0
14	1	0	0
15	2	1	0
16	2	0	0
17	1	1	0
18	2	0	0
19	1	0	0
20	2	1	0
21	2	1	0
22	2	1	0
23	2	0	0
24	1	1	0
25	1	1	0
26	2	1	0
27	2	1	0
28	2	0	0
29	2	1	0
30	3	0	1
31	2	0	1
32	3	0	1
33	3	0	1
34	2	0	1
35	3	0	1
36	3	0	1
37	3	0	1
38	2	0	1
39	3	0	1
40	4	1	1
41	2	1	1
42	3	1	1
43	3	1	1
44	3	1	1
45	3	1	1
46	3	1	1
47	2	1	1
48	2	1	1
49	4	1	1
50	3	1	1

ALUMNO	DEPRESION													CALIFIACION
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	6
2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
3	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4
4	0	1	1	1	0	0	0	0	3	1	3	3	1	14
5	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	3	2	1	10
6	0	0	1	0	0	0	0	3	1	0	0	1	0	6
7	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	6
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	1	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
10	1	0	1	0	2	0	0	0	3	0	0	0	1	8
11	0	3	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	14
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1	1	1	3	0	0	0	2	3	1	0	1	2	15
14	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	8
15	0	1	3	1	2	1	1	0	1	0	1	3	3	17
16	0	0	1	1	1	0	0	3	1	1	0	0	1	9
17	1	0	0	3	1	1	0	1	1	0	3	3	3	17
18	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3
19	1	2	0	0	1	0	0	0	3	0	1	1	0	9
20	0	1	1	1	1	0	0	3	3	0	1	1	0	12
21	3	2	1	3	2	2	0	3	1	1	1	1	2	22
22	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	6
23	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
24	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
25	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	7
26	0	3	1	3	3	3	0	1	3	1	3	3	0	24
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	1	0	0	1	0	1	0	2	0	0	2	3	1	11
29	0	3	1	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	9
30	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	8
31	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	5
32	0	1	1	0	0	1	0	3	0	0	1	0	3	10
33	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	6
34	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	7
35	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	3	7
36	1	1	2	2	3	3	0	1	1	0	1	1	0	16
37	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
38	2	1	3	3	3	0	1	2	0	0	3	0	0	18
39	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	6
40	0	1	1	1	1	3	0	1	0	1	0	2	1	12
41	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	8
42	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5
43	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	1	0	1	7
44	1	0	0	1	0	1	0	0	3	1	1	0	3	11
45	0	3	1	3	1	3	0	1	2	0	3	2	3	22
46	0	1	1	3	0	0	0	1	0	0	3	1	3	13
47	1	0	1	3	0	1	0	0	0	1	1	0	0	8
48	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7
49	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0	8
50	1	2	0	2	1	1	0	0	0	0	1	2	1	11

Alumno	ESTRES																						CALIFICACION
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	1	4	2	1	4	2	2	1	2	3	3	0	1	0	1	0	2	1	1	2	1	4	38
2	1	4	1	0	3	1	1	0	1	0	0	0	1	3	1	0	1	1	0	0	0	1	20
3	0	1	1	0	1	3	1	0	0	1	1	0	1	0	1	3	1	1	0	1	0	0	17
4	3	3	2	1	4	2	3	2	2	2	1	3	3	3	2	4	2	4	1	2	1	3	53
5	2	3	2	2	1	3	3	2	0	2	3	2	3	1	1	2	3	3	2	3	1	2	46
6	1	0	1	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	9
7	1	2	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9
8	1	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	13
9	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2	10
10	2	0	0	1	0	0	0	0	3	3	0	0	1	2	0	0	2	1	0	1	0	1	17
11	1	3	0	0	1	0	1	1	0	1	3	2	1	0	0	0	3	0	1	3	1	1	23
12	0	3	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
13	2	3	0	1	1	0	1	2	1	0	0	0	2	0	1	0	2	0	2	1	0	1	20
14	1	0	1	0	4	4	1	0	0	0	4	4	1	1	1	0	4	0	4	3	1	0	34
15	1	0	4	1	1	4	2	3	2	4	4	0	1	3	0	0	4	0	0	1	3	4	42
16	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	0	0	3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	19
17	2	1	2	2	2	0	2	1	4	1	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	40
18	2	2	1	0	0	3	1	0	3	1	1	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	1	20
19	1	4	2	1	1	3	3	2	4	2	2	3	0	0	2	1	3	0	0	3	1	1	39
20	2	3	1	1	1	1	2	0	4	2	1	1	2	4	1	1	2	0	0	2	0	1	32
21	2	3	4	4	1	3	3	1	1	4	3	3	2	1	4	1	4	1	4	4	1	4	58
22	1	1	2	1	1	0	2	1	3	2	1	1	1	3	1	0	2	1	2	3	0	1	30
23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3
24	2	3	1	1	3	0	0	1	1	2	4	0	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	29
25	1	3	3	2	1	2	3	3	2	3	3	3	1	1	3	3	3	1	2	3	0	3	49
26	3	2	3	2	2	2	3	3	1	3	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	0	2	51
27	1	0	0	0	2	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	14
28	3	3	1	0	4	2	3	0	2	4	3	0	2	0	0	2	3	0	0	3	2	3	40

29	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	10	
30	2	0	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	2	3	0	1	1	2	1	3	1	0	1	25
31	1	4	0	0	2	1	1	2	0	1	1	2	0	0	0	1	2	0	0	3	3	0	1	1	1	25
32	3	3	0	0	1	3	1	1	0	3	0	3	3	0	1	1	3	0	1	1	1	0	1	1	3	29
33	1	0	2	0	0	3	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2	1	2	1	20
34	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
35	2	4	1	1	3	3	1	0	1	1	0	0	1	4	1	0	0	1	0	3	2	2	0	0	0	32
36	2	0	0	4	0	4	2	0	2	4	2	3	0	0	4	0	0	0	4	0	0	1	4	4	0	36
37	1	0	1	0	4	4	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
38	2	3	2	3	3	1	2	0	4	2	0	0	3	0	3	2	1	2	0	3	4	3	0	4	3	43
39	2	1	0	0	1	3	1	1	0	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	0	1	2	1	2	1	22
40	1	2	1	2	4	1	3	2	3	2	1	2	2	3	1	1	1	0	0	1	2	1	2	1	1	36
41	2	3	0	0	1	0	1	0	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	20
42	0	1	2	2	0	1	0	2	1	3	2	1	0	3	2	1	2	0	2	0	0	2	1	2	1	28
43	3	3	4	1	4	0	1	3	0	4	3	1	1	3	1	3	1	4	3	0	1	3	0	4	1	47
44	3	2	3	3	2	1	2	2	3	3	3	1	2	4	2	3	2	3	2	3	3	2	1	2	1	52
45	1	2	2	2	3	2	2	4	1	3	3	2	1	2	2	1	2	3	0	3	0	3	2	1	1	44
46	2	0	0	2	2	1	1	0	4	4	3	0	2	4	2	0	1	3	0	2	1	3	0	2	1	36
47	2	4	4	1	1	0	1	2	1	0	2	0	3	0	2	0	3	2	0	1	0	3	2	1	0	32
48	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	4	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	17
49	4	0	3	4	0	3	4	0	3	4	4	2	0	4	4	2	0	4	0	3	4	0	2	2	2	54
50	2	1	3	1	4	3	3	3	1	2	3	3	1	4	2	2	3	3	3	3	3	0	2	2	2	52

ANEXO F

PRUEBA DE HIPOTESIS - PRUEBA JI CUADRADO

H1: Existe relación entre el Nivel de estrés y Nivel de Depresión en Adolescentes que cursan entre el cuarto y quinto año de educación secundaria de la Institución educativa Particular Nuevo Pitágoras.

Ho: No existe relación entre el nivel de estrés y Nivel depresión en Adolescentes que cursa entre el cuarto y quinto año de educación secundaria de la Institución educativa Particular Nuevo Pitágoras.

$$X^2 = \sum (O-E)^2 / E$$

Dónde:

O: Representa las frecuencias observadas

E: Representa las frecuencias esperadas

	Nivel de Depresión			
	Ausente	Leve	Moderado	Grave
OBSERVADO	N	N	N	N
Estrés Leve	8	9	7	0
Estrés Moderado	1	2	6	1
Estrés Severo	0	3	7	6
Total	9	14	20	7
	0.18	0.28	0.4	0.14

	Nivel de Depresión			
	Ausente	Leve	Moderado	Grave
ESPERADO	N	N	N	N
Estrés Leve	4.32	6.72	9.6	3.36
Estrés Moderado	1.8	2.8	4	1.4
Estrés Severo	2.88	4.48	6.4	2.24
Total	9	14	20	7

CALCULO FORMULA	Nivel de Depresión			
	Ausente	Leve	Moderado	Grave
	N	N	N	N
Estrés Leve	3.134814815	0.77357143	0.70416667	3.36
Estrés Moderado	0.355555556	0.22857143	1	0.11428571
Estrés Severo	2.88	0.48892857	0.05625	6.31142857
Total	6.37037037	1.49107143	1.76041667	9.78571429

X² calculado es: 19.40757275

X² tabulado es 12,592, con un nivel de significancia de 0.05

X² calculado > X² tabulado = Por lo tanto se acepta la H1, existe suficiente evidencia para afirmar a que el estres y la depresión tienen relación.

ANEXO G

**DATOS GENERALES DE LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO
AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS,
SAN JUAN DE LURIGANCHO
LIMA - PERU
2016**

DATOS	N	%
EDAD		
14	8	16
15	24	48
16	14	28
17	4	8
TOTAL	50	100
SEXO		
Masculino	22	44
Femenino	28	56
TOTAL	50	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Cuarto	29	58
Quinto	21	42
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP NP, 2016

ANEXO H

NIVEL DE ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS, SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA - PERU

2016

Estrés	N	%
Estrés Leve	24	48%
Estrés moderado	10	20%
Estrés severo	16	32%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP NP, 2016

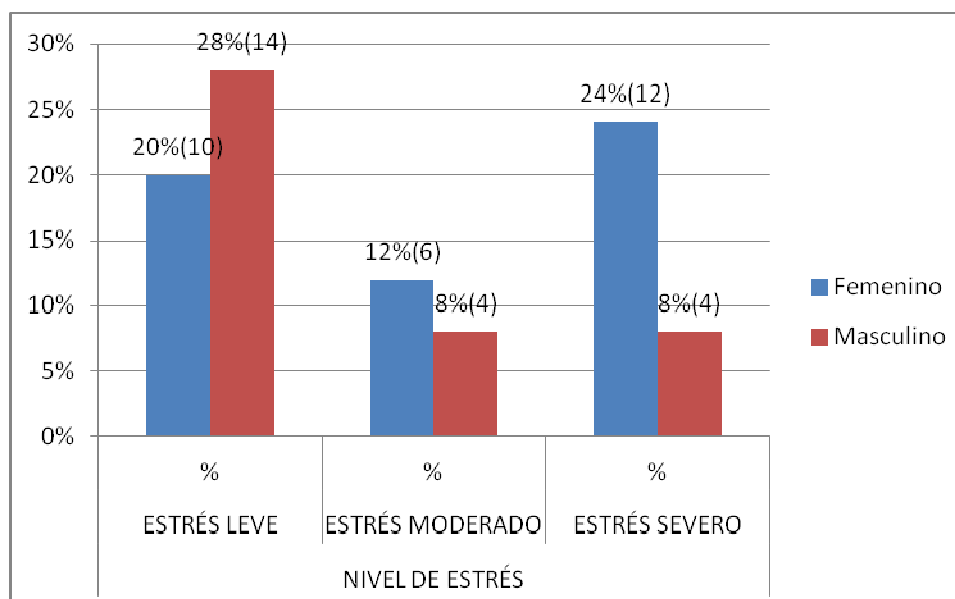
ANEXO I

NIVEL DE ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS, SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO LIMA - PERU 2016

SEXO	NIVEL DE ESTRÉS					
	ESTRÉS LEVE		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS SEVERO	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	10	20%	6	12%	12	24%
Masculino	14	28%	4	8%	4	8%
TOTAL	24	48%	10	20%	16	32%

Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP NP, 2016

NIVEL DE ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS, SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO LIMA - PERU 2016



Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP Nuevo Pitágoras, 2016

ANEXO J

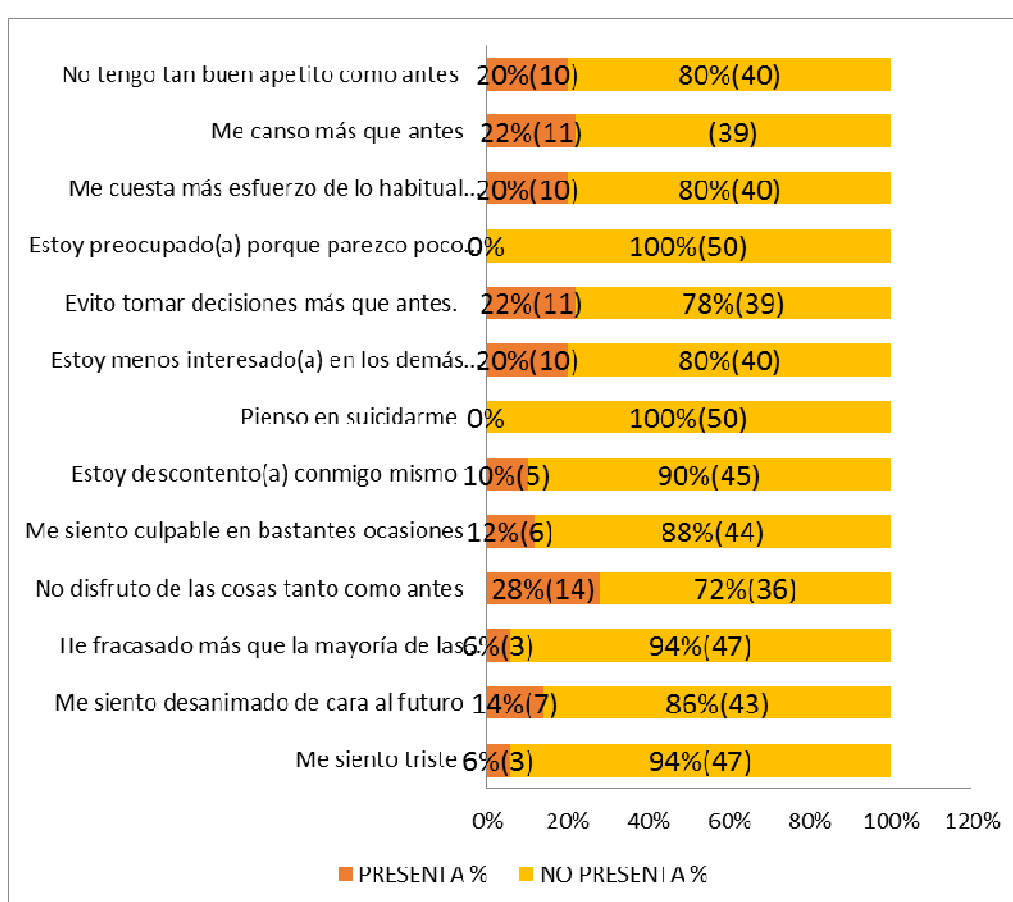
**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO
AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS,
SAN JUAN DE LURIGANCHO
LIMA - PERU
2016**

DEPRESION	N	%
Ausente	9	18%
Depresión Leve	14	28%
Depresión Moderada	20	40%
Depresión Grave	7	14%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP Nuevo Pitágoras, 2016

ANEXO K

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS, SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN ITEMS LIMA - PERU 2016



Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP Nuevo Pitágoras, 2016

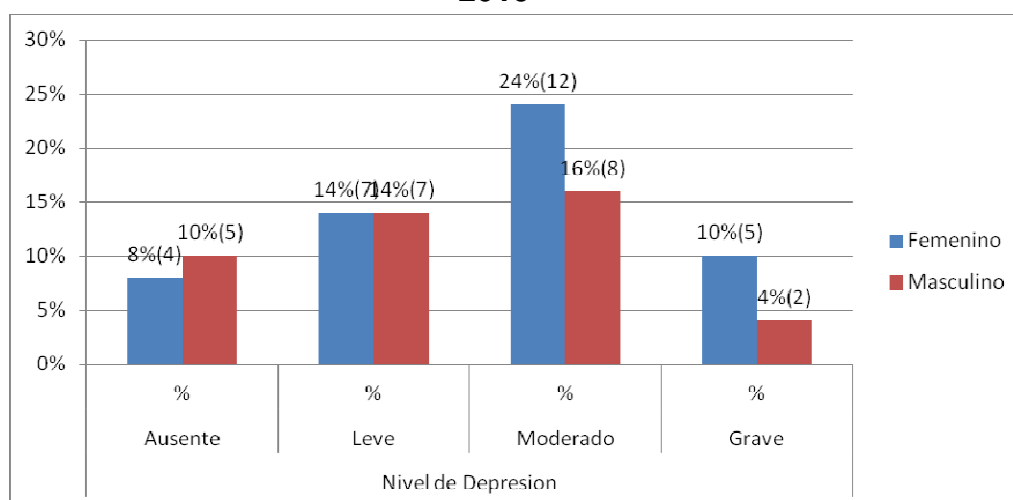
ANEXO L

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS, SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO LIMA - PERU 2016

SEXO	Nivel de Depresión							
	Ausente		Leve		Moderado		Grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	4	8%	7	14%	12	24%	5	10%
Masculino	5	10%	7	14%	8	16%	2	4%
Total	9	18%	14	28%	20	40%	7	14%

Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP Nuevo Pitágoras, 2016

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR NUEVO PITÁGORAS, SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO LIMA - PERU 2016



Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP NP, 2016

ANEXO M

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN
LOS ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE
EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA NUEVO PITÁGORAS,
SAN JUAN DE LURIGANCHO
LIMA - PERU
2016**

NIVEL DE ESTRÉS	NIVEL DE DEPRESIÓN							
	AUSENTE		LEVE		MODERADO		GRAVE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	8	16	9	18	7	14	0	0
Moderado	1	2	2	4	6	12	1	2
Severo	0	0	3	6	7	14	6	12
Total	9	18	14	28	20	40	7	14

Fuente: Instrumento aplicado a estudiantes de 4° y 5° año de educación secundaria en la IEP N P, 2016